

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Satisfação com a vida nos idosos: influência da frequência do uso de espaços verdes e do contacto com as redes sociais

Joana Isabel Bagorriha Largueiras

Orientador(es) | Maria de Fátima Campos Bernardo

Évora 2020



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

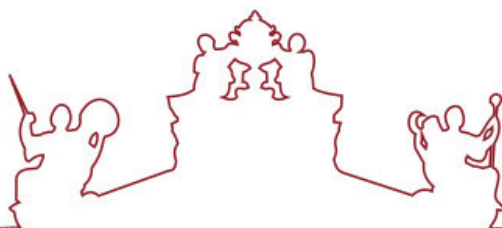
Dissertação

Satisfação com a vida nos idosos: influência da frequência do uso de espaços verdes e do contacto com as redes sociais

Joana Isabel Bagorriha Largueiras

Orientador(es) | Maria de Fátima Campos Bernardo

Évora 2020



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente		Nuno Manuel Gameiro Rebelo dos Santos (Universidade de Évora)
Vogais		Ana Luisa Cardoso Marques Teixeira Loureiro (Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias) (Arguente) Maria de Fátima Campos Bernardo (Universidade de Évora) (Orientador)

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer à Professora Fátima Bernardo pela sua disponibilidade e pela ajuda incondicional que me deu ao longo da realização deste trabalho. Vi a minha dissertação ameaçada pela situação pandémica causada pelo COVID-19 e foi a Professora que se preocupou comigo e encontrou uma solução para eu dar continuidade ao meu trabalho. Serei sempre grata por esse gesto.

Gostava de agradecer também a todos os idosos que aceitaram participar neste estudo. Retiraram um pouco do seu dia para responder a um questionário e não é qualquer um que o faz. Um muito obrigada e espero que cada vez se valorize mais esta faixa-etária, pois os mais jovens têm muito a aprender com os mais velhos.

Também aos meus pais e irmã devo um enorme agradecimento porque sem eles seria impossível todo este percurso académico e porque sempre me fizeram acreditar nas minhas capacidades, transmitindo-me a força necessária para me esforçar ao máximo.

Quero também agradecer ao meu namorado que esteve sempre presente em todos os momentos do meu percurso académico e ouviu muitas vezes as minhas reclamações e inseguranças, dando-me a força que eu precisava nesses momentos.

Por fim, mas não menos importante, não posso deixar de agradecer às minhas amigas Filipa e Inês que a Universidade de Évora colocou no meu caminho. Foram muitas vezes família quando a minha estava longe. Partilharam comigo inseguranças, alegrias, conquistas e por tudo isso sou-lhes muito grata.

“Satisfação com a vida nos idosos: influência da frequência do uso de espaços verdes e do contacto com as redes sociais”

Resumo

A população portuguesa encontra-se cada vez mais envelhecida, sendo necessária a criação de novas políticas e programas que se direcionem para o atendimento das necessidades dos mais velhos. Vários estudos se têm dedicado à temática da satisfação com a vida na velhice e à influência das redes sociais, no entanto poucos se debruçam sobre a importância do ambiente físico onde o idoso se movimenta. Neste sentido, o objetivo da presente dissertação é explorar a influência que a frequência do uso de espaços verdes e do contacto com as redes sociais possui na satisfação com a vida dos idosos, tendo como enfoque um estudo de caso na freguesia da Moita, pertencente ao distrito de Setúbal. Foi realizado um estudo quantitativo com a aplicação de questionários a uma amostra de 201 idosos residentes na zona urbana da Moita. Os resultados evidenciaram que a frequência do uso de espaços verdes, a frequência do contacto com as redes sociais, a identidade ao lugar, a percepção de capacidade motora e a percepção de autoeficácia são preditores da satisfação com a vida nos idosos. Por sua vez, a identidade ao lugar, a barreira de tráfego, a percepção de qualidade e de segurança do espaço, a percepção de capacidade motora, a percepção de autoeficácia e a tipologia são preditores da frequência do uso de espaços verdes. Por fim, a percepção de segurança do espaço, a barreira de tráfego e a tipologia são preditores da frequência de contacto com as redes sociais.

Palavras-chave: Satisfação com a vida; redes sociais; ambiente físico; envelhecimento ativo; espaços verdes.

“Satisfaction with life in the elderly: influence of the frequency of use of green spaces and contact with social networks”

Abstract

The Portuguese population is increasingly aging, making it necessary to create new policies and programs that address the needs of the elderly. Several studies have been devoted to the theme of life satisfaction in old age and the influence of social networks, however few focus on the importance of the physical environment where the elderly move. In this sense, the objective of this dissertation is to explore the influence that the frequency of the use of green spaces and contact with social networks has on satisfaction with the lives of the elderly, focusing on a case study in the parish of Moita, belonging to the district of Setúbal. A quantitative study was carried out with the application of questionnaires to a sample of 201 elderly people living in the urban area of Moita. The results showed that the frequency of the use of green spaces, the frequency of contact with social networks, the identity of the place, the perception of motor ability and the perception of self-efficacy are predictors of life satisfaction in the elderly. In turn, the identity of the place, the traffic barrier, the perception of quality and safety of the space, the perception of motor capacity, the perception of self-efficacy and the typology are predictors of the frequency of the use of green spaces. Finally, the perception of space security, the traffic barrier and the typology are predictors of the frequency of contact with social networks.

Keywords: Life Satisfaction; social networks; physical environment; active aging; green spaces.

Índice

1. Introdução	9
2. Revisão de Literatura	11
2.1. O Envelhecimento	11
2.2. O Envelhecimento Ativo	12
2.3. “Cidade Amiga do Idoso”	14
2.4. Satisfação com a Vida nos idosos	16
2.4.1. Influência das Redes Sociais na Satisfação com a Vida dos idosos	18
2.4.2. Influência do Ambiente Físico na Satisfação com a Vida dos idosos	20
2.4.2.1. Identidade e Vínculo ao Lugar	24
2.5. Capacidade Motora	25
2.6. Percepção de Autoeficácia	27
3. Estudo Empírico	29
3.1. Objetivos e Hipóteses de Investigação	29
4. Método	31
4.1. Participantes	31
4.2. Caso de Estudo	32
4.3. Instrumentos	34
4.3.1. Primeiro Grupo de Instrumentos	34
4.3.2. Segundo Grupo de Instrumentos	35
4.3.3. Terceiro Grupo de Instrumentos	36
4.3.4. Quarto Grupo de Instrumentos	37
5. Resultados	38
6. Discussão	41
7. Conclusão	46
Referências Bibliográficas	49
Anexos	65

Índice de Tabelas

Tabela 1.

Caraterização da amostra (género, estado civil, doenças crónicas e tipologia da habitação) 31

Tabela 2.

Caraterização da amostra (idade e tempo no aglomerado) 32

Tabela 3.

Caraterização da idade da amostra 32

Tabela 4.

Estatísticas descritivas das variáveis 38

Tabela 5.

Valores da consistência interna das escalas 39

Índice de Figuras

Figura 1.

Determinantes do Envelhecimento Ativo (WHO, 2002)..... 13

Figura 2.

Fatores físicos que contribuem para a qualidade de vida dos idosos (CE, 2014)..... 23

Figura 3.

Hipóteses de estudo 30

Figura 4.

Modelo de mediação da frequência do uso de espaços verdes e da frequência do contacto com as redes sociais na satisfação com a vida 40

Lista de Siglas e Abreviaturas

CE – Comissão Europeia

INE – Instituto Nacional de Estatística

MMSE – Mini-Mental State Examination

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO – World Health Organization

1. Introdução

De acordo com os Censos 2011, 19 % da população portuguesa corresponde à faixa etária dos idosos, ou seja, tem 65 ou mais anos, sendo que em 2001 a percentagem era de 16,4 %, notando-se, desta forma, um crescimento da população idosa (INE, 2011). O conceito de envelhecimento é complexo, uma vez que é um processo que abrange diferentes dimensões, como a cronológica, a biológica, a social, a económica e a cultural (Prado, Besse & Lemos, 2010). O crescente envelhecimento populacional exige uma nova forma de encarar a população idosa, na medida em que esta adquire uma grande visibilidade no contexto social, e, conseqüentemente, a criação de novas políticas e programas cujos objetivos se direcionem para o atendimento das necessidades desta população envelhecida (Prado, Besse & Lemos, 2010).

Por este motivo, vários têm sido os estudos que incidem sobre a temática do envelhecimento, e, mais especificamente, sobre a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo do idoso (Dawalibi, Goulart & Prearo, 2013; Santos, Santos, Fernandes & Henriques, 2002; Carmo, 2019). No entanto, a presente investigação pretende focar-se na satisfação com a vida do idoso, a qual consiste no julgamento cognitivo relativamente às várias áreas específicas da vida da pessoa, nomeadamente a saúde, o trabalho, as condições de habitação, as relações sociais, a autonomia, entre outros (Joia, Ruiz & Donalisio, 2007). Neste sentido, a satisfação com a vida corresponde a um processo de avaliação cognitiva que cada pessoa faz do grau de ajustamento entre os seus recursos pessoais e sociais e as suas necessidades e expectativas, tendo como base critérios pessoais e socioculturais (Enkvist, Ekstrom & Elmstahl, 2012). A satisfação com a vida nos idosos tem como bases a integração na comunidade, a capacidade de manter as suas relações interpessoais, o sentimento de segurança, a capacidade de se manter autónomo, a realização pessoal e a possibilidade de manter a sua saúde, a um nível físico, mental e funcional (Eklund, Backstrom, Lissner, Bjorkelund & Sonn, 2010; La Grow, Alpass, Stephens & Towers, 2010; Oswald, Jopp, Rott & Wahl, 2010). Posto isto, é perceptível que tanto as redes sociais de que o indivíduo dispõe como o ambiente físico em que se encontra podem ser facilitadores ou inibidores da capacidade de autonomia do sujeito e assim influenciar a satisfação com a vida dos idosos.

Por redes sociais entende-se o conjunto de contactos pessoais que permitem ao indivíduo manter a sua identidade social, receber apoio emocional, bem como material, serviços e informação e estabelecer novos contactos sociais (Walker, MacBride &

Vachon, 1977). No que diz respeito ao ambiente físico este desempenha um papel fundamental para qualquer faixa etária, na medida em que as suas características podem ser inibidoras ou promotoras da autonomia dos sujeitos, e, por isso, assume-se como indispensável para as pessoas mais velhas, uma vez que estas dependem dele para conseguir obter apoio e assistência (Buffel, Phillipson & Scharf, 2012). A existência de espaços verdes tem sido cada vez mais associada à saúde e ao bem-estar humanos, e, consequentemente, a uma maior satisfação com a vida, na medida em que se constitui como um veículo para oportunidades de atividade física, para a redução do stress e evocação de emoções positivas e para uma maior integração e participação social (Abraham, Sommerhalder, & Abel, 2010; Thompson, Roe, Aspinall, Mitchell, Clow & Miller, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o ambiente físico e social assume um papel determinante para um envelhecimento saudável, independente e autónomo. Através de ambientes favoráveis à velhice é possível retirar os obstáculos e potenciar a saúde física e mental dos idosos, promover a sua inclusão social, bem como a sua participação social ativa (CE, 2014).

Neste sentido, a presente investigação tem como objetivo geral avaliar a influência que a morfologia urbana e as redes sociais possuem na satisfação com a vida dos idosos. Mais especificamente este estudo tem como objetivos identificar os fatores que contribuem para o uso do espaço público e para a frequência do contacto com as redes sociais e entender a relação que as redes sociais e o uso do espaço público têm com a satisfação com a vida.

2. Revisão de Literatura

2.1. O Envelhecimento

O mundo encontra-se numa fase de envelhecimento, sendo que em 2006 a percentagem de pessoas com mais de 60 anos era de 11% e é esperado que essa percentagem duplique até 2050, ou seja, chegue aos 22% (WHO, 2007). Em Portugal, assiste-se ao mesmo panorama, na medida em que as taxas de natalidade e mortalidade têm vindo a diminuir, resultando num aumento significativo do número de idosos (Paúl & Fonseca, 2005). Os últimos Censos (2011), revelam que 19% da população portuguesa tem 65 ou mais anos de idade, resultando num índice de envelhecimento de 128 (i.e. por cada 100 jovens existem 128 idosos) (INE, 2011).

Não existe apenas uma única definição de envelhecimento, tendo em conta que este é um processo complexo, no entanto, de uma forma geral caracteriza-se por ser um período da vida onde ocorrem múltiplas mudanças que vão desde uma natureza biológica a uma natureza social (Fonseca, 2012). É possível considerar dois tipos de envelhecimento, o primário que ocorre de forma relativamente semelhante para todos os indivíduos e é considerado um processo normal, gradual, previsível e que é influenciado por fatores genéticos; e o secundário que difere de indivíduo para indivíduo e é maioritariamente afetado por fatores do ambiente, sendo por isso difícil de prever (Barreto, 2017).

São várias as mudanças que ocorrem ao longo do envelhecimento (Kirkwood, 2008), no entanto, é importante ter em conta que essas mudanças não ocorrem de forma linear nem consistente, sendo diferentes de pessoa para pessoa (Steves, Specter & Jackson, 2012). Ou seja, enquanto que algumas pessoas apresentam padrões habituais do envelhecimento, que envolvem alterações típicas da idade, como por exemplo, o aumento da fragilidade e a maior necessidade de apoio por parte de outros, existem outras tantas que apresentam um elevado nível de funcionamento físico, psicológico e social, apresentando apenas pequenos sinais de mudança (Sequeira & Silva, 2002). Estas diferenças na forma de vivenciar o envelhecimento podem ser fruto de uma combinação entre fatores genéticos, pessoais e ambientais (Paúl, 1991), fazendo com que a família, a comunidade e a sociedade assumam um papel fundamental na forma como se processa o envelhecimento para cada indivíduo (Gama, 2014).

2.2. O Envelhecimento Ativo

O crescente envelhecimento que tem decorrido ao longo do século XXI terá repercussões sociais e económicas por todo o mundo, que vão principalmente no sentido de reconhecer os idosos como um recurso importante para a estrutura da sociedade (OMS, 2005). Organizações como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Comissão Europeia (CE) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) promovem iniciativas que se destinam a chamar à atenção da sociedade para os problemas enfrentados pelo envelhecimento e sugerem políticas que consigam dar resposta a essas questões. Os princípios sobre os quais estas organizações se orientam são a base para o envelhecimento ativo e são fundamentais para um melhor entendimento das questões que o envelhecimento coloca a sociedade, bem como das soluções que são necessárias desenvolver (OMS, 2015; CE, 2012; OCDE, 2017).

Já em 1998, a OCDE encarava o envelhecimento ativo como a capacidade dos idosos para assumirem uma vida produtiva na sociedade e na economia, o que significa que possam ser as próprias pessoas a determinar a forma como dividem o seu tempo entre as diferentes atividades de aprendizagem, de trabalho, de lazer e, ainda, de cuidado aos outros (OCDE, 1998). Por sua vez, a CE, em 2012, encarava o envelhecimento ativo como uma abordagem que visa o envelhecimento saudável, sendo para isso necessário pôr em prática um conjunto de medidas que implicam a educação e formação ao longo da vida, o prolongamento da vida ativa, o adiamento da entrada na reforma e, por fim, a atividade dos idosos durante a reforma, a qual irá reforçar as suas capacidades e preservar a saúde do idoso (CE, 2012).

A WHO (2002), define o envelhecimento ativo como *“(...) um processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem (...)”* (WHO, 2002, p.12). Assim, de acordo com a OMS (2005), o conceito de envelhecimento ativo tem a sua base no reconhecimento dos direitos e deveres de todos os seres humanos, deixando, desta forma, de “olhar” apenas para os idosos como seres passivos e passando a reconhecer os seus direitos de igualdade de oportunidades, de tratamento de todos os aspetos da sua vida ao longo do envelhecimento, e, ainda, da responsabilidade no exercício e participação nos processos políticos, bem como noutras áreas da vida da comunidade (OMS, 2005). Nesta perspetiva, no envelhecimento ativo devem estar presentes a autonomia, o controlo, a independência, a qualidade de vida e a expectativa de vida saudável (OMS, 2005). Para este modelo de envelhecimento ativo da OMS a palavra

“ativo” vai além da capacidade de ser fisicamente ativo ou de participar em atividades laborais, focando-se, em grande parte, na participação contínua nas áreas sociais, económicas, culturais, espirituais e civis (OMS, 2005).

Ainda de acordo com este modelo, os principais fatores determinantes para um envelhecimento ativo são a) pessoais, envolvendo fatores biológicos, genéticos e psicológicos, b) comportamentais, com estilos de vida saudável e participação ativa no cuidado com a sua saúde, c) sociais, relativos ao apoio social, à educação e alfabetização, e à prevenção de violência e abuso, d) económicos, que abrangem os rendimentos, a proteção social e as oportunidades de trabalho digno, e) o ambiente físico, no que diz respeito à acessibilidade a serviços de transporte, às moradias, à vizinhança segura e apropriada, à água limpa, ao ar puro e aos alimentos seguros, e, por fim, f) os serviços sociais e de saúde, que devem ser acessíveis e de qualidade e se devem orientar para a promoção de saúde e prevenção de doenças (OMS, 2005).

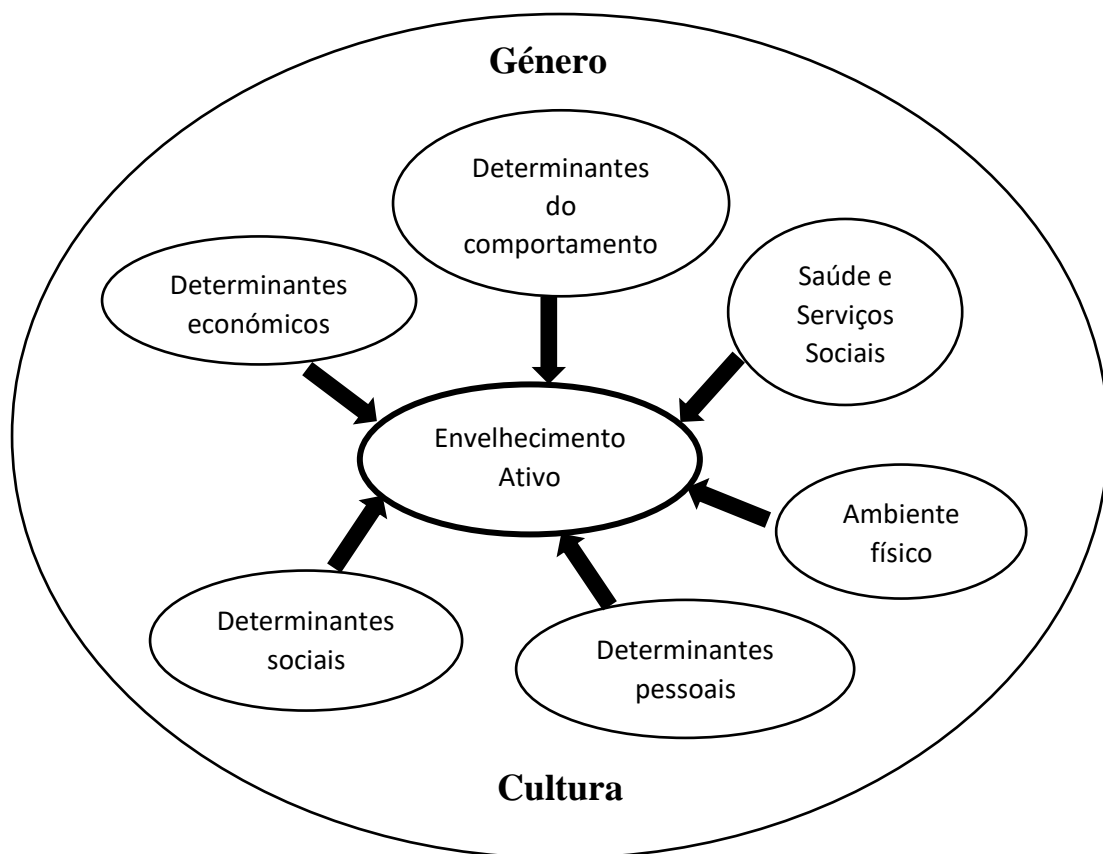


Figura 1. Determinantes do Envelhecimento Ativo (WHO, 2002)

O foco da abordagem do envelhecimento ativo consiste, assim, em reconhecer o idoso como uma mais-valia para a sociedade (Paúl & Fonseca, 2005), na medida em que

quanto mais ativos os idosos se sentirem mais parecem ser capazes de superar as dificuldades, se sentir motivados para participar socialmente e se envolverem em comportamentos saudáveis que proporcionam uma maior qualidade de vida durante o processo de envelhecimento (Paúl, Ribeiro & Teixeira, 2012).

2.3. “Cidade Amiga do Idoso”

O modelo da “Cidade Amiga do Idoso”, desenvolvido pela WHO (2007), teve o objetivo de promover comunidades urbanas favoráveis à população mais velha. Este modelo promove o envelhecimento ativo, melhorando as oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de otimizar a qualidade de vida à medida que a população envelhece (Buffel, Phillipson & Scharf, 2012). Neste contexto considera a possibilidade de alterar e adaptar as estruturas da cidade para que a população mais velha tenha a possibilidade de interagir com o ambiente que a rodeia (Navarro, Andrade, Paiva, da Silva, Gessinger & Bós, 2014). Para além do envelhecimento ativo, a “Cidade Amiga do Idoso” deve também promover o envelhecimento saudável, o qual pode ser considerado como um processo tanto de desenvolvimento como de manutenção da capacidade funcional que proporciona o bem-estar nos mais velhos (WHO, 2015).

Este modelo deriva de um conjunto de iniciativas políticas promovidas pela OMS entre os anos 90 e início dos anos 2000 (Buffel, Phillipson & Scharf, 2012) e foi desenvolvido a partir de grupos focais de idosos, cuidadores e prestadores de serviços, distribuídos por 33 cidades do mundo, com o objetivo de identificar os fatores que contribuem para que os ambientes urbanos sejam favoráveis para os idosos (Buffel, Phillipson & Scharf, 2012). O “Guia Global Cidade Amiga do Idoso” (WHO, 2007) sugere que os municípios se adaptem de forma a assegurar a acessibilidade aos espaços abertos e edifícios, aos transportes, à moradia e, ainda, a garantir a participação social (Prado, Besse & Lemos, 2010).

Dentro deste projeto podem distinguir-se dois modelos, um foca-se mais na infraestrutura física e no *design* (Atlanta Regional Commission, 2009) e o outro, por sua vez, concentra-se nos aspetos sociais do meio, como as relações formais e informais, a participação e a inclusão (Department for Communities and Local Government, 2008). Com base no primeiro modelo, as habitações devem ser construídas com material apropriado, estruturalmente sólidas, ser providas de espaço suficiente para os moradores,

proporcionar proteção tanto para o calor como para o frio e devem estar localizadas em zonas que não corram o risco de desastres naturais (Costa, Plouffe, Voelcker & Kalache, 2016). Ainda nesta linha, de acordo com o modelo da “Cidade Amiga do Idoso”, os municípios devem garantir à população idosa moradias financeiramente acessíveis, ou seja, que estejam ao acesso para todos os níveis de rendimento e, simultaneamente, devem apresentar opções de recursos financeiros que permitam a reforma do local, de forma a que a moradia possa acompanhar as mudanças das capacidades do idoso que ocorrem com o avançar da idade (Costa, Plouffe, Voelcker & Kalache, 2016). O segundo modelo tem como base a ideia de que as moradias, bem como o bairro, devem garantir que ninguém é excluído e que todos, independentemente da idade, possam participar de forma ativa nesse meio. Este modelo destaca também o papel dos serviços, os quais devem fornecer o máximo de informação possível aos idosos, para que estes possam tomar as suas próprias decisões e, desta forma, fomentar a sua independência (Department for Communities and Local Government, 2008). Por fim, este modelo evidencia que ao longo do envelhecimento o bairro se torna cada vez mais importante para a qualidade de vida do idoso, sendo que por isso não pode ser esquecido no planeamento de uma “Cidade Amiga do Idoso” (Department for Communities and Local Government, 2008). Quando as lojas, os serviços locais e os parques públicos são inacessíveis ou perigosos do ponto de vista do idoso, tornam-se potenciadores da sua escolha de permanecer fechado em casa, o que irá reduzir o contacto com as suas redes sociais e aumentar o isolamento (Department for Communities and Local Government, 2008).

Uma “Cidade Amiga do Idoso” deve incluir áreas públicas limpas e agradáveis; suficiente habitação e de fácil acesso em áreas seguras e que se encontrem próximas dos serviços e do resto da comunidade; garantia de acesso a serviços públicos, voluntários e privados aos idosos menos favorecidos; e, ainda, um tratamento positivo por parte dos serviços públicos e comerciais (Buffel, Phillipson & Scharf, 2012). Estas características irão fomentar a proteção contra algumas dificuldades, nomeadamente de saúde, a participação em atividades da vida diária e, ainda, a promoção da mobilidade das pessoas mais velhas (Costa, Plouffe, Voelcker & Kalache, 2016).

Neste sentido, duas das bases em que uma “Cidade Amiga do Idoso” deve assentar são a acessibilidade e a segurança, sendo que, por isso, o espaço urbano deve beneficiar de calçadas antiderrapantes e niveladas, que estejam num bom estado de conservação, pistas separadas para pedestres, ciclistas e outros veículos não monitorizados; entradas

para os prédios sem escadas e iluminação adequada quer nas ruas como nos locais públicos. Para além disso, de forma a garantir a acessibilidade é também fundamental que se encontre um número razoável de bancos e casas de banho públicas ao longo das ruas, garantindo, assim, as necessidades físicas dos idosos (Costa, Plouffe, Voelcker & Kalache, 2016), o que permite que estes tenham uma maior facilidade em sair de casa.

De forma a conseguir tornar, efetivamente, as cidades amigas do idoso é necessário avaliar quer os obstáculos quer os veículos inerentes à participação dos idosos na sua comunidade. É também importante ter em conta os diferentes grupos dentro da população idosa, como os diferentes grupos étnicos, pessoas com necessidades físicas ou mentais específicas e os que vivem em áreas mais desfavorecidas e que, por isso, têm consequentemente, diferentes necessidades (Phillipson, Bernard, Phillips & Ogg, 2000). Para além disso, para que uma cidade seja amiga do idoso é necessário que as políticas, serviços, configurações e estruturas da mesma reconheçam as capacidades e os recursos que os idosos dispõem, antecipem e respondam de forma adequada às necessidades e preferências da velhice, respeitem as escolhas e decisões de estilo de vida dos idosos, protejam os mais vulneráveis e, por fim, promovam a inclusão dos idosos, bem como a sua contribuição para a comunidade (WHO, 2007).

2.4. Satisfação com a vida nos idosos

A satisfação com a vida consiste no julgamento cognitivo relativamente às várias áreas específicas da vida da pessoa, nomeadamente a saúde, o trabalho, as condições de habitação, as relações sociais, a autonomia, entre outros (Joia, Ruiz & Donalizio, 2007). Desta forma, a satisfação com a vida corresponde a um processo de avaliação cognitiva que cada pessoa faz do grau de ajustamento entre os seus recursos pessoais e sociais e as suas necessidades e expetativas, tendo como base critérios pessoais e socioculturais (Enkvist, Ekstrom & Elmstahl, 2012). A satisfação com a vida reflete, em conjunto com os afetos positivos e negativos, o bem-estar subjetivo individual, ou seja, é o reflexo do modo e dos motivos que conduzem as pessoas a viver as suas experiências de vida de uma forma positiva (Reis, 2014).

A satisfação com a vida é atingida quando as expetativas, necessidades e os desejos pessoais são preenchidos pelo ambiente que nos rodeia (Diener, Inglehart & Tay, 2013). Pode se considerar que a vida é satisfatória quando há motivação para enfrentar os desafios que a vida coloca, para lutar pelos direitos dos seres humanos e para aproveitar

as condições pessoais e do ambiente em que se vive para colocar em prática projetos viáveis, principalmente quando o indivíduo dispõe de uma boa rede social (Reis, 2014).

Estando perante um aumento da população idosa, torna-se imperativo que sejam desenvolvidas condições no âmbito das políticas sociais que consigam assegurar uma longevidade com qualidade, para que o resultado se traduza na satisfação com a vida (Reis, 2014). Para que seja possível alcançar a satisfação com a vida na velhice é necessário que o indivíduo, ao longo do seu percurso de vida, seja capaz de se adaptar às mudanças que são impostas por si e pelo meio ambiente que surgem em múltiplos acontecimentos de vida, na medida em que quando envelhecem as estratégias de adaptação utilizadas irão fazer a diferença tanto ao nível do bem-estar como ao nível da satisfação com a vida (Cardiga, 2016).

A satisfação com a vida nos idosos tem como bases a integração na comunidade, a capacidade de manter as suas relações interpessoais, o sentimento de segurança, a realização pessoal e a possibilidade de manter a sua saúde, a um nível físico, mental e funcional (e.g., Eklund, Backstrom, Lissner, Bjorkelund & Sonn, 2010; La Grow, Alpass, Stephens & Towers, 2010; Oswald, Jopp, Rott & Wahl, 2010). Embora se possa pensar o contrário, as investigações têm demonstrado que a satisfação com a vida não diminui com a idade, no entanto existe uma certa discrepância de opiniões no que diz respeito a este assunto (Candeias, 2014), o que pode ser explicado pelo facto dos idosos, atualmente, serem cada vez mais saudáveis e muito mais ativos em diferentes áreas da sociedade, quando comparados com os idosos de gerações anteriores (Martins, 2013).

A satisfação com a vida é um fenómeno complexo, na medida em que é influenciado por diversos fatores, como a saúde física, a qual é identificada através da presença de morbilidades, a capacidade funcional, a mobilidade física e a fragilidade, (Sposito, D'Elboux, Neri & Guariento, 2012; Pinto & Neri, 2012) e a saúde mental, que se manifesta, por exemplo, pela presença de sintomas depressivos e/ou demenciais (Karttunen, Karppi, Hiltunen, Vanhanen, Välimäki, Martikainen, Valtonen, Sivenius, Soininen, Hartikainen, Suhonen & Pirttila, 2011). As redes sociais assumem também um papel fundamental, na medida em que o suporte social percebido e o envolvimento social têm sido indicados como fatores preditores de maior satisfação com a vida. (Wichmann, Couto, Areosa & Montañés, 2013).

Outro fator que também influencia a satisfação com a vida corresponde à ligação ao local de residência, que se associa ao sentimento de pertença e de segurança, tendo sido demonstrado que este aumenta a satisfação individual (Palmer & Xu, 2013;

Ramkissoon, Smith e Weiler, 2013), ou seja, as pessoas que demonstram ser mais apegadas ao seu local de residência revelam uma maior satisfação com a vida do que aquelas que são menos apegadas ao local (Lewicka, 2011a). Para além disso, é fundamental que as condições físicas de habitação se adaptem às necessidades e limitações do idoso, uma vez que este é um fator chave para a satisfação com a área de residência e, consequentemente, para a satisfação com a vida no geral (Fernández-Portero, Alarcón & Padura, 2016).

Uma das formas de medir a satisfação com a vida é através da “Escala de Satisfação com a Vida”, originalmente desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin, em 1985 e adaptada para a população portuguesa por Simões em 1992, que tem como objetivo avaliar a sensação de satisfação que o indivíduo tem em relação à sua vida como um todo. Esta escala foi utilizada na presente investigação e é composta por cinco itens, com uma escala de resposta tipo *likert* de 7 pontos, que varia de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente).

2.4.1. Influência das Redes Sociais na Satisfação com a Vida dos idosos

Atualmente, a interação entre as pessoas bem como o papel das redes sociais tem sido alvo de atenção, destacando-se estas últimas como fundamentais na superação de acontecimentos geradores de stress caraterísticos do processo de envelhecimento (Araújo e Melo, 2011). Neste sentido, a participação na vida social tem sido apontada como um determinante para a satisfação com a vida, fazendo parte dos três pilares do modelo de Envelhecimento Ativo proposto pela OMS (2005), sendo, por isso, necessário que ao longo do processo de envelhecimento as pessoas reforcem os seus laços sociais, solidifiquem a sua integração na família e se aproximem da comunidade, através da participação nas organizações, instituições locais e nas redes de vizinhança, o que irá contribuir para o desvanecimento da imagem da velhice associada ao abandono e isolamento (Araújo & Melo, 2011).

Apesar de existirem possíveis definições para “rede social”, é possível identificar um certo consenso. Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983) definem rede social como o conjunto de pessoas em quem o indivíduo pode confiar, que o informam, se importam com ele, o valorizam e o amam. As redes sociais podem ainda ser consideradas como o conjunto de contactos pessoais que permitem aos indivíduos, principalmente aos mais velhos, manter a sua identidade pessoal e social, receber apoio emocional, ajuda material e informação e, ainda estabelecer novas relações (Walker, MacBride & Vachon, 1977). Para Paúl (2005), o apoio fornecido pelas redes sociais abrange três dimensões – a

integração social, que corresponde à frequência de contactos com os outros; o apoio recebido, ou seja, a quantidade de ajuda efetivamente recebida da rede social; e o apoio percebido, a crença de que os elementos da rede podem ajudar em caso de necessidade.

As redes sociais podem dividir-se em dois grandes grupos, as redes de apoio formal e as redes de apoio informal. Das primeiras (formais) fazem parte as organizações sociais formais como os hospitais, os serviços, as instituições, entre outras, e os profissionais que aí se encontram, nomeadamente, os médicos, os psicólogos, os enfermeiros, os assistentes sociais, entre outros. Estas redes organizam um conjunto de respostas sociais e comunitárias às necessidades do idoso, de forma a que este assuma um papel na comunidade. Nas redes informais estão presentes os familiares, amigos e colegas, mas também os grupos sociais como os clubes, as associações, a igreja, entre outros. Este tipo de rede ocupa um papel fundamental no apoio ao idoso, tanto ao nível emocional como ao nível instrumental (Mesquita, 2011).

De acordo com Dinnie, Brown e Morris (2013), estas redes têm um papel fundamental no uso e aproveitamento dos espaços verdes, ou seja, a presença de outras pessoas é importante na decisão de usar ou não esses espaços, nas expectativas relativas aos mesmos, na forma como o espaço é usado, no que é adquirido com a experiência e como a ligação ao espaço o molda social e materialmente. Nesse mesmo estudo concluiu-se que o mais satisfatório nesses espaços para as pessoas era interagir com os outros conhecidos, nomeadamente a família e os amigos, mas mesmo a presença de desconhecidos mostrou ser importante, sendo que aqueles espaços que tinham menos pessoas foram considerados menos acolhedores (Dinnie, Brown & Morris, 2013).

Tem sido encontrada uma relação entre as redes sociais e a satisfação com a vida nos idosos, na medida em que estas redes lhes permitem lidar com ambientes stressantes ou com experiências de vida mais difíceis. Por exemplo, em casos em que os idosos têm um baixo rendimento ou problemas de saúde as redes sociais podem servir de amortecedores aos efeitos negativos dessas situações (Martin, Grünendahl & Martin, 2001), o que permite manter ou mesmo aumentar a satisfação com a vida dos idosos em causa (Gouveia, Matos & Schouten, 2016). Por outro lado, as redes sociais podem também influenciar essa satisfação no sentido negativo (Wiggins, Higgs, Hyde & Blane, 2004) quando, por exemplo, ocorrem maus-tratos ao idoso por parte de um ou mais membros da sua rede social (Gouveia, Matos & Schouten, 2016).

Dentro da rede social destacam-se algumas características que são consideradas fundamentais para entender a influência da mesma na satisfação com a vida dos idosos,

tais como a dimensão da rede social, o tipo de relação, a frequência do contacto, a proximidade geográfica dos elementos da rede e, por fim, a proximidade emocional (Gouveia, Matos & Schouten, 2016).

Ao longo do tempo vários têm sido os estudos que demonstram uma relação positiva entre as redes sociais e a satisfação com a vida. Em 2007, Joia, Ruiz e Donalisio realizaram um estudo em que se verificou que quando o idoso não se sente só, ou seja, quando tem um contacto mais frequente com as suas redes sociais tem também uma maior satisfação com a vida (Joia, Ruiz & Donalisio, 2007). Pouco mais tarde, em 2010, um estudo de Calixto e Martins revelou que embora o nível de proximidade física com as redes sociais não tenha influência na satisfação com a vida dos idosos, a satisfação com o apoio recebido das redes está associada positivamente à satisfação com a vida (Calixto & Martins, 2010). Em 2013, Joia e Ruiz demonstraram também a relação positiva entre as redes sociais e a satisfação com a vida na população idosa, revelando que a frequência, o tipo de relação e a proximidade geográfica que o idoso estabelece com a sua família são determinantes da satisfação com a vida (Joia & Ruiz, 2013). Ainda neste ano, Wichmann, Couto, Areosa e Montañés mostraram que os idosos se sentem mais satisfeitos com a vida quando participam em centros ou grupos de convivência, na medida em que têm a oportunidade de alargar as suas redes sociais (Wichmann, Couto, Areosa & Montañés, 2013). Para além disso, também Chong verificou que os idosos que recebem maior apoio afetivo das suas redes sociais revelam uma maior satisfação com a vida (Chong, 2013). Já em 2018, um estudo realizado por Puri e Shil, na Índia, mostrou também uma relação positiva entre as redes sociais e a satisfação com a vida nos idosos, bem como entre a coesão social e a satisfação com a vida (Puri & Shil, 2018).

2.4.2. Influência do Ambiente Físico na Satisfação com a Vida dos idosos

O ambiente físico e social assume um papel determinante para qualquer faixa etária, no entanto, assume-se como indispensável para um envelhecimento saudável, independente e autónomo, na medida em que através de ambientes favoráveis à velhice é possível retirar os obstáculos e potenciar a saúde física e mental dos idosos, promover a sua inclusão social, bem como a sua participação social ativa (CE, 2014). Neste sentido, atualmente as políticas sociais e públicas têm desenvolvido iniciativas com o objetivo de desenvolver ambientes que correspondam às aspirações e necessidades da população idosa (Buffel, Phillipson & Scharf, 2012).

Ao pensar na influência do ambiente na velhice torna-se importante referir a Gerontologia Ambiental, a qual avalia as condições do ambiente que são utilizadas pelo Homem e determina as condições de conforto e segurança que são necessárias para a satisfação com a vida ao longo do envelhecimento (Bestetti, Graef & Domingues, 2012). A deterioração dos sentidos e da mobilidade que ocorre à medida que a idade avança é objeto de estudo da Gerontologia, a qual se apoia na Arquitetura para obter resultados que permitem o conforto do idoso no seu dia-a-dia (Bestetti, 2010). Um dos principais focos da gerontologia ambiental é entender as inter-relações entre o ambiente físico e as dimensões subjetivas da pessoa (Wahl & Oswald, 2010), uma vez que cada pessoa percebe o ambiente de maneira diferente, tendo em conta as suas capacidades físicas, os seus planos, as suas experiências e as suas capacidades de adaptação (Rantanen, Portegijs, Viljanen, Eronen, Saajanaho, Tsai, et al., 2012). Para além disso, as características do próprio ambiente tanto podem ser facilitadoras como inibidoras da manutenção das capacidades do idoso, ou seja, características como pavimentos difíceis, ruas muito largas, excesso de trânsito e fraca luminosidade constituem-se como inibidoras das capacidades do idoso, ao passo que características como fraco trânsito, ruas iluminadas, pavimentos fáceis são facilitadoras dessas capacidades.

A forma como os idosos encaram o ambiente que os rodeia influencia o modo como se relacionam com a cidade. Isto é, um idoso que não se sinta seguro para sair à rua, ou que não tenha oportunidade de participar socialmente, ou, ainda, que tenha mobilidade reduzida, acabará por permanecer fechado em casa. Se, pelo contrário, o ambiente do idoso lhe transmitir conforto e segurança isso irá resultar num maior contacto do idoso com a cidade (Navarro et al., 2014). Posto isto, é fundamental que as iniciativas públicas ou privadas que se destinam a promover a satisfação com a vida dos idosos atendam às suas necessidades arquitetónicas e urbanas, na medida em que quanto mais ajustados forem os recursos físicos do ambiente do idoso maior será o seu nível de autonomia e de satisfação com a área de residência, contribuindo, desta forma, para a satisfação com a vida (Fernández-Portero, Alarcón & Padura, 2016).

Com o objetivo de compreender a interação entre a pessoa e o ambiente na velhice, foram desenvolvidos ao longo da década de 80 vários modelos ambientais, nomeadamente o modelo de Pressão-Competência de Lawton e Nahemow (1973, citado por Carmo, 2019), o modelo de Complementaridade-Competência (Carp & Carp, 1984) e o modelo de Ecologia Social (Moos & Lemke, 1984), sendo que o mais utilizado para

estudar esta interação é o primeiro, de Lawton e Nahemow (1973), que defende que é a competência individual (i.e. a capacidade de funcionamento de cada indivíduo em áreas distintas) e a pressão ambiental (i.e. o nível de exigência que o ambiente incide sobre as capacidades físicas e sociais do indivíduo) que marcam o modo como os idosos se adaptam ao ambiente em que se encontram. Neste sentido, um maior número de competências irá facilitar a adaptação do idoso ao meio, no entanto, é importante considerar que com o avançar da idade a competência individual tende a diminuir, o que resulta numa maior influência dos fatores ambientais no comportamento do indivíduo (Lawton & Nahemow, 1973, citado por Carmo, 2019).

As características do contexto físico onde as pessoas estão inseridas constituem aquilo a que se designa de “ambiente construído”, do qual fazem parte as infraestruturas, os espaços ao ar livre, os serviços (e.g., de saúde, sociais e de transporte), os pavimentos, os locais de descanso, os locais que promovem a prática de atividade física, as habitações, o trânsito, as condições climáticas, a criminalidade e a segurança (Davinson & Lawson, 2006). Estas características correspondem aos fatores físicos do *design* urbano que contribuem para a qualidade de vida nos idosos (Figura 2) e que resultam em diretrizes e melhores práticas nas cidades e fomentam as experiências em regiões e cidades com o objetivo de criar ambientes urbanos “amigos” do idoso (CE, 2014). Para além disso, as características do contexto físico são decisivas quanto à participação dos idosos em atividades fora de casa (Theis, Furner, 2011), as quais aumentam as suas oportunidades de socialização. Por exemplo, os pavimentos, o trânsito e a distância dos serviços são fatores importantes quando se trata da mobilidade do idoso (Beard, Blaney & Cerda, 2009; Christensen, Holt & Wilson, 2010), ao mesmo tempo que as condições climáticas podem afetar a disposição e as condições para o idoso se deslocar ao ar livre (Li, Hsu & Fernie, 2013). Estudos anteriores revelam que as barreiras ambientais podem conduzir ao declínio da mobilidade (Rantakokko, Iwarsson, Manty, Leinonen & Rantanen, 2012), restringir a participação em atividades ao ar livre (Theis, Furner, 2011) e afetar negativamente a qualidade de vida (Rantakokko, Iwarsson, Kauppinen, Leinonen & Heikkinen, 2010), o que se traduz em solidão (Coyle & Dugan, 2012; Aartsen & Jylhä, 2011).

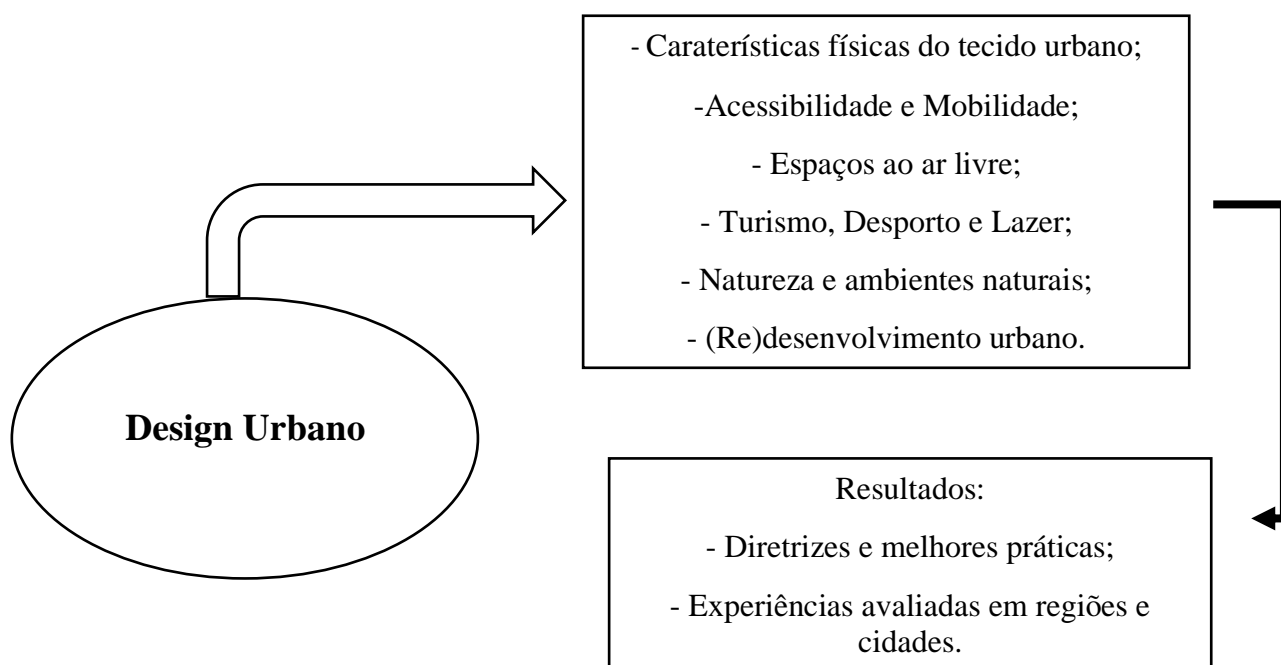


Figura 2. Fatores físicos que contribuem para a qualidade de vida dos idosos (CE, 2014).

A existência de espaços verdes tem sido cada vez mais associada à saúde e ao bem-estar humanos, e, consequentemente, a uma maior satisfação com a vida, na medida em que se constitui como um veículo para oportunidades de atividade física, para a redução do stress e evocação de emoções positivas e para uma maior integração e participação social (Abraham, Sommerhalder, & Abel, 2010; Thompson, Roe, Aspinall, Mitchell, Clow & Miller, 2012). Dentro dos espaços verdes destacam-se os parques públicos, os quais podem possuir certas características que se constituem como barreiras à sua utilização e à interação social, nomeadamente caminhos inseguros (quer a nível físico quer pelo próprio sentido de segurança) e longas distâncias entre as diferentes instalações do parque, as quais podem dificultar a mobilidade dos idosos e, por isso, reduzir a sua motivação para frequentar estes locais (Yung, Ho & Chan, 2017). Neste sentido, é fundamental uma boa manutenção e gestão dos parques públicos, que implica uma limpeza regular, presença de bancos, o fornecimento de instalações sanitárias e iluminação adequada para que o idoso se sinta em segurança ao frequentar o local (Kemperman e Timmermans, 2014).

Uma das principais características que é fundamental a qualquer espaço verde, seja ele um parque, um jardim, ou uma simples área natural, é a sua acessibilidade (Rioux & Werner, 2011), sendo, por isso, uma característica que não deve ser esquecida ao projetar e localizar os espaços verdes. A oportunidade de estar em contacto com a natureza é fundamental para que o idoso consiga experienciar os seus benefícios fisiológicos, sensoriais e emocionais, como sentir o ar fresco, ouvir o canto dos pássaros, sentir o aroma das flores, sentir o calor vindo do sol e observar os animais (Freeman, Waters, Buttery & Heezik, 2019).

Um estudo holandês de Maas, Verheij, de Vries, Spreeuwenberg, Schellevis e Groenewegen (2009) constatou que as pessoas que frequentavam com maior frequência espaços verdes se sentiam mais saudáveis, tinham um menor número de queixas de saúde e menos propensão à morbilidade psiquiátrica. Outro estudo de Zelenski e Nisbet (2014) mostrou que as pessoas que têm uma maior ligação com a natureza revelam também maiores indicadores de felicidade. Para além disso, o contacto com a natureza possibilita respostas mais adaptativas a eventos stressantes da vida (Van den Berg et al., 2010), os quais são frequentes na vida dos idosos. Também a relação entre a natureza e o humor é interessante, na medida em que estar em contacto com a natureza pode melhorar o humor e, por outro lado, a ausência de humor, o desânimo, podem inibir a vontade de sair de casa e, desta forma, estar em contacto com a natureza (Freeman, Waters, Buttery & Heezik, 2019).

Posto isto, o desenvolvimento de ambientes acessíveis, agradáveis e seguros que consigam responder às expectativas e necessidades da população idosa é um processo emergente para todas as cidades, uma vez que as características do ambiente físico têm uma influência tão grande no comportamento humano e na forma como a pessoa se relaciona com um determinado espaço. Desta forma, o ambiente físico constitui-se como um dos principais determinantes do envelhecimento ativo com uma grande influência na saúde, autonomia, satisfação com a vida, qualidade de vida e bem-estar dos idosos (Barton, Grant, Mitcham & Tsourou, 2009; Beard et al., 2009; Bevan & Croucher, 2011).

2.4.2.1. Identidade ao Lugar

A identidade ao lugar explica a relação entre um indivíduo e um lugar, através da qual se desenvolvem sentimentos de pertença (Proshansky, Fabian & Kaminoff, 1983). O lugar onde cada um vive pode ser uma importante fonte de categorização social, na

medida em que influencia a forma como o indivíduo se vê a si mesmo e aos outros, bem como o modo como pensa, sente e age (Bernardo & Palma-Oliveira, 2016). O desenvolvimento da identidade ao lugar surge quando esse mesmo lugar satisfaz todas as necessidades do sujeito (i.e. biológicas, psicológicas, sociais e culturais), as quais são imprescindíveis para a sua saúde e bem-estar subjetivo (Twigger-Ross & Uzzell, 1996).

Para a população idosa os principais fatores que favorecem a identidade e vínculo ao lugar são a percepção de segurança, a capacidade de autonomia, a familiaridade com a comunidade e a congruência com o meio (Dassopoulos & Monnat, 2011; Kim & Kaplan, 2004; Lewicka, 2010; Phillips, Walford & Hockey, 2011; Speller, Lyons & Twigger-Ross, 2002; Wanka, 2017; Wiles, Leibing, Guberman, Reeve & Allen, 2012). Por outro lado, uma elevada instabilidade residencial e características do ambiente como edifícios degradados, insegurança e baixa coesão social resultam numa menor identidade e vínculo ao lugar para os idosos (Bailey, Kearns & Livingston, 2012; Buffel, De Donder, Phillipson, De Witte, Dury & Verté, 2014; Livingston, Bailey & Kearns, 2010).

Em ambientes sociais e físicos, como os bairros, a identidade e o vínculo ao lugar podem influenciar as cognições e comportamentos dos indivíduos (Lewicka, 2011b), sendo possível que se torne numa motivação para passar mais tempo ao ar livre (Manzo & Perkins, 2006). Para além dos bairros, também nos parques públicos ou espaços verdes existe uma forte influência da identidade e vínculo ao lugar, os quais ajudam a criar crenças e intenções comportamentais positivas no envolvimento com esses espaços e promovem a gestão sustentável dos mesmos (Buta, Holanda, & Kaplanidou, 2014; Halpenny, 2010; Ramkissoo, Weiler & Smith, 2012). Desta forma, é fundamental criar bons lugares no que diz respeito ao *design* e às configurações comportamentais (Carmona, 2014), de forma a que os idosos se sintam mais atraídos por esses espaços.

2.5. Capacidade Motora Percebida

Com o envelhecimento surge a retrogênese, que consiste em perdas graduais das capacidades motoras (Rathi, Pasternak, Savadjiev, Michailovich, Bouix, Kubicki, Westin, Makris & Shenton, 2014), ou seja, ocorre uma diminuição da tonicidade da musculatura e, conseqüentemente, uma redução da capacidade motora, o que provoca uma disfunção dos membros que passam a ter dificuldades para realizar movimentos amplos (Anjos, Cunha, Ribas & Gruber, 2012). Esta redução da capacidade motora implica uma diminuição da força e do controlo motor e dificuldades nos sistemas sensoriais, na flexibilidade das articulações e nas características físicas, o que conduzirá

também a um déficit ao nível do equilíbrio (Gallahue, & Ozmun, 2005). Estas perdas irão conduzir à diminuição da capacidade funcional do idoso, aumentando a probabilidade de quedas, fragilidade, institucionalização, depressão, bem como outras comorbidades (Andreis, Guidarini, Garcia, Machado & Neto, 2018).

Ao longo da vida ocorre um processo de desenvolvimento motor em que se manifestam múltiplas transformações motoras (Neto, 2015) e que é composto por seis grandes áreas: a motricidade fina; a coordenação global, o equilíbrio, o esquema corporal; a organização espacial e a organização temporal (Neto, 2009). Múltiplos estudos têm encontrado uma relação linear entre o aumento da idade e um pior desempenho na motricidade fina (Hoogendam, Hofman, Geest, Lugt & Ikram, 2014), uma deterioração gradual da coordenação global (Sebastian, Siwek, Kozieł, Ignasiak & Skrzek, 2014) e um impacto negativo na organização espacial (Borella, Menegheti, Ronconi & De Beni, 2014).

Vários estudos (eg., Gonçalves, 2010; Antes, Rossato, Souza, Benedetti, Borges & Mazo 2012; Ueno, Gobbi, Teixeira, Sebastião, Prado, Costa & Gobbi, 2012) têm incidido na relação entre a capacidade funcional e a capacidade motora dos idosos, tendo encontrado uma relação direta entre as duas variáveis. A capacidade motora ocupa um papel de extrema importância na autonomia e independência do idoso nas suas atividades do dia-a-dia e o declínio dessa capacidade tem impacto não apenas ao nível físico, mas também ao nível cognitivo e socioemocional. Desta forma, é fundamental avaliar as competências motoras, de forma a detetar os declínios ao nível físico do idoso e poder planejar estratégias efetivas de intervenção (Liposcki, Andreis, Silva & Neto, 2016). Para além disso, é importante implementar o exercício físico na vida dos idosos, como uma forma de promoção de saúde, fundamental para um envelhecimento saudável (Gonzaga, Barros, Lisboa, Barbieri & Gobbi, 2011; Elias, Gonçalves, Moraes, Moreira & Fernandes, 2012) e como prevenção de desordens como a depressão ou a demência (Beckert, Irigaray & Trentini, 2012). Neste sentido, são recomendadas a esta população atividades como a hidroginástica, a dança, a ginástica generalizada e a caminhada (Gozzi, Sonia, Bertolini & Lucena, 2015).

Ainda que a capacidade motora objetiva seja importante, para a presente investigação importa destacar a capacidade motora subjetiva, ou seja, a percebida pelo sujeito, a qual corresponde à perceção ou avaliação subjetiva que o idoso atribui à sua capacidade motora. Esta capacidade motora percebida, em conjunto com a capacidade sensorial percebida, integram a saúde funcional subjetiva (Pimentel & Diniz, 2012), que

corresponde à avaliação que cada indivíduo faz do seu próprio estado de saúde, a qual pode ser feita por comparação a outros indivíduos com a mesma idade (Cappeliez, Sèvre-Rosseau, Landreville e Préville, 2004; Sillén, Nilsson, Mansson e Nilsson, 2005). Desta forma, a saúde objetiva, que se divide entre saúde física (i.e. presença ou ausência de doença aguda ou crónica), saúde funcional (i.e. limitações nas atividades do dia-a-dia causadas por problemas de saúde) e saúde mental (i.e. doenças do foro psicológico) é o principal preditor da saúde subjetiva (Pinquart, 2001).

De forma geral, os idosos avaliam a sua saúde mais negativamente do que os adultos (Pinquart, 2001), na medida em que sentem mais dificuldades na gestão das suas atividades quotidianas devido às suas limitações nas competências motoras (Pimentel & Diniz, 2012). No entanto, à medida que as dificuldades se vão mantendo no tempo pode ocorrer a integração ou adaptação das mesmas no funcionamento diário do idoso, o que pode resultar numa melhor avaliação da sua saúde por parte do indivíduo (Hoeymans, Feskens, Kromhout & Van Den Bos, 1997).

2.6. Perceção de Autoeficácia

A autoeficácia consiste na confiança ou crença que o indivíduo tem de que irá conseguir realizar determinada tarefa com sucesso (Bandura, 1997). A perceção de autoeficácia tem um grande impacto no tipo de atividade que a pessoa escolhe desenvolver, no esforço que incide sobre a mesma e nas emoções que experimenta (Tokinan & Bilen, 2011). Esta perceção de autoeficácia tem como base as experiências bem-sucedidas, em que a realização e o desempenho pessoal foram elevados, principalmente as experiências em que foi necessário recorrer à resiliência e à perseverança para ultrapassar obstáculos. Ao passo que estas experiências dão origem a sentimentos de eficácia pessoal, experiências de insucesso fragilizam este sentimento, bem como a própria pessoa que o sente (Cruz, Navarro-Pardo, Pocinho, Anjos & Jacob, 2017).

Uma forte perceção de autoeficácia tem influência positiva nas realizações humanas, na saúde e no bem-estar. As pessoas muito seguras das suas capacidades encaram tarefas difíceis como desafios que têm de ser superados, o que resulta num maior interesse e envolvimento nas atividades e num aumento do esforço mesmo perante o fracasso. Estas pessoas associam as falhas na tarefa à falta de esforço ou a capacidades limitadas mas que podem ser desenvolvidas e, por isso, acreditam que mesmo nas situações difíceis é possível manter o controlo sobre as mesmas (Tripathi & Asthana,

2015). Neste sentido, a autoeficácia constitui-se como um recurso fundamental para enfrentar situações de stress, tendo influência na escolha das estratégias de enfrentamento (Mckay, Dempster & Byrne, 2014), o que reduz o impacto negativo do stress na saúde e bem-estar (Tripathi & Asthana, 2015) e, desta forma, aumenta também a satisfação com a vida.

Alguns estudos (e.g., Singh & Udainiya, 2009; Chang, Crogan & Wung, 2007) revelaram que a percepção de autoeficácia tem impacto a diferentes níveis da vida do idoso, nomeadamente na sua qualidade de vida, nas suas atividades físicas, nas suas atividades básicas diárias e no seu autocuidado. Para os idosos, a percepção de autoeficácia é um dos fatores básicos de um envelhecimento ativo, na medida em que é uma fonte de motivação para que continuem a realizar as suas atividades básicas, o que permite a manutenção da sua funcionalidade, que, devido à idade, se encontra em risco de declínio (Paúl, 2006). No entanto, acontece frequentemente os idosos avaliarem erradamente as suas capacidades, mesmo que essas estejam significativamente afetadas e quando existe uma forte percepção de eficácia das suas capacidades cognitivas o idoso irá fazer um esforço ainda maior na atividade, por exemplo se estiver perante um exercício de memória o idoso irá fazer um esforço tão grande por se recordar que acaba por conseguir revelar uma melhor capacidade a esse nível cognitivo (Cruz, Navarro-Pardo, Pocinho, Anjos & Jacob, 2017).

3. Estudo Empírico

3.1. Objetivos e Hipóteses de Investigação

O principal objetivo da presente dissertação é explorar a influência que a frequência do uso de espaços verdes e do contacto com as redes sociais possui na satisfação com a vida dos idosos, tendo como foco um estudo de caso na freguesia da Moita, situada no Concelho da Moita. Para além disso, com este estudo pretende-se também perceber os fatores que contribuem para a satisfação com a vida e identificar os fatores (i.e. a perceção das capacidades do idoso; a perceção das características do espaço; as barreiras percecionadas; a presença de espaços verdes e as características da habitação) que contribuem para a frequência do uso de espaços verdes e para a frequência do contacto com as redes sociais.

Tendo em conta estes objetivos, é possível formular as seguintes hipóteses (esquemáticamente apresentadas na figura 3):

Hipótese 1: Os idosos que contactam com maior frequência com as suas redes sociais revelam uma maior satisfação com a vida.

Hipótese 2: Os idosos que utilizam com maior frequência os espaços verdes têm uma maior satisfação com a vida.

Hipótese 3: A frequência de utilização de espaços verdes é influenciada pela perceção das capacidades do idoso (i.e. capacidade motora e autoeficácia), pela perceção das características do espaço (i.e. perceção da qualidade e perceção da segurança), pela identidade ao lugar, pelas barreiras percecionadas (i.e. barreiras de tráfego, distância e terreno) e pelas características da habitação (i.e. tipologia).

Hipótese 4: A frequência do contacto com as redes sociais é influenciada pela perceção das capacidades do idoso (i.e. capacidade motora e autoeficácia), pela perceção das características do espaço (i.e. perceção de qualidade e perceção de segurança), pela identidade ao lugar, pelas barreiras percecionadas (i.e. barreiras de tráfego, distância e terreno) e pelas características da habitação (i.e. tipologia).

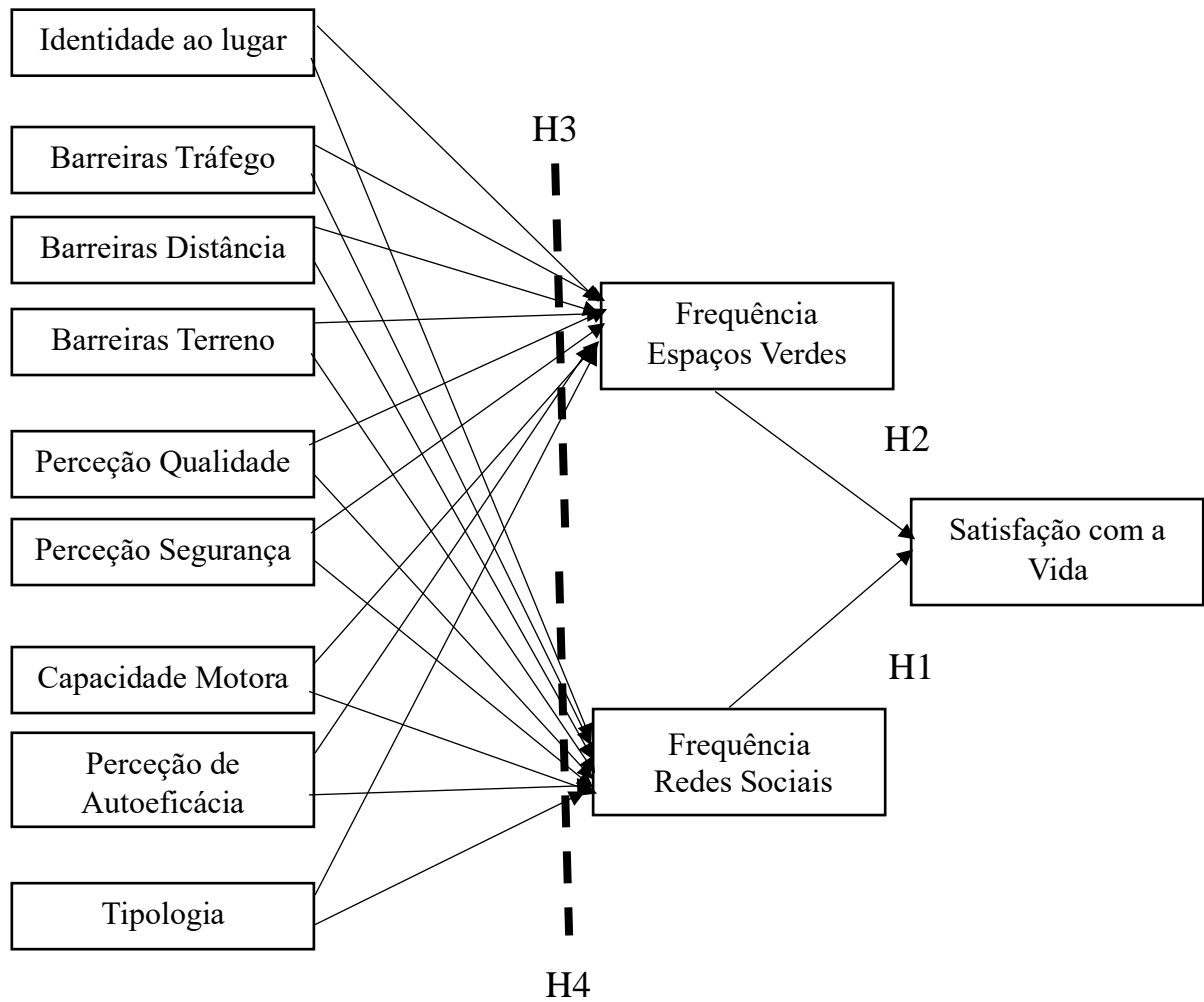


Figura 3. Hipóteses de Estudo

4. Método

4.1. Participantes

A presente investigação conta com 201 participantes, tendo estes sido seleccionados através de um processo de amostragem não probabilístico, com recurso a métodos não aleatórios, designadamente amostragem de conveniência, intencional e tipo bola de neve (*snowball*). De forma a seleccionar a amostra foram definidos como critérios de inclusão que os participantes tivessem idade igual ou superior a 65 anos, fossem não institucionalizados, não dependentes de terceiros e com ausência de défice cognitivo.

Dos 201 participantes, 60,7% correspondem ao género masculino, enquanto os restantes fazem parte do género feminino. Relativamente ao estado civil, 61,7% dos participantes são casados, 34,3% são viúvos e 3,5% são solteiros. A doença crónica mais comum é a diabetes (15,9%) e as menos comuns são as doenças cardiovasculares (1%), as doenças gástricas (0,5%), o cancro (0,5%) e a tiroide (1%). No que concerne à tipologia da habitação, 66,7% dos participantes habita em prédios, e os restantes em vivendas (Tabela 1).

Tabela 1. Caraterização da amostra (género, estado civil, doenças crónicas e tipologia da habitação)

Variáveis		N	%
Género	Feminino	79	39,3
	Masculino	122	60,7
Estado Civil	Solteiro	7	3,5
	Casado	124	61,7
	Viúvo	69	34,3
Doença	Osteoporose	16	8,0
	Diabetes	32	15,9
	Doenças respiratórias	11	5,5
	Doenças cardiovasculares	2	1,0
	Doenças gástricas	1	0,5

Tipologia	Cancro	1	0,5
	Tiróide	2	1,0
	Prédios	134	66,7
	Vivendas	67	33,3

A amostra tem idades compreendidas entre os 65 e os 89 anos ($M = 73,63$ e $DP = 6,34$) (Tabela 2), sendo que 59,2% dos participantes se encontram entre os 65 e os 74 anos de idade e os restantes têm 75 ou mais anos (Tabela 3). Por fim, no que diz respeito ao tempo em que os participantes se encontram no aglomerado este vai desde os 2 anos aos 88 anos ($M = 53,12$ e $DP = 22,63$) (Tabela 2).

Tabela 2. Caraterização da amostra (idade e tempo no aglomerado)

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Idade	65	89	73,63	6,34
TempoAglomerado	2	88	53,12	22,63

Tabela 3. Caraterização da idade da amostra

Variável	N	%	% acumulativa
Idade	65-69	66	33
	70-74	53	26,5
	75-79	38	19
	80-84	30	15
	85-89	14	7

4.2. Caso de Estudo

A presente dissertação terá como foco um estudo de caso na Freguesia da Moita, situada no concelho de Moita. Este concelho situa-se na área ribeirinha do Estuário do Tejo, apresentando uma extensão superior a 20 km. A Moita, em 1527 era apenas povoada por 14 habitantes, o que demonstra que o processo de humanização neste concelho se desenrolou muito lentamente, devido, principalmente á estrutura do solo, na medida em

que os terrenos eram na sua maioria cobertos por matas e extensos pinhais (Santos, Matos, Figueiredo, Castel-Branco, Silva e Mendes, 2004).

Posto isto, o desenvolvimento da Moita encontra-se intimamente associado ao transporte de cabotagem, o qual tornou este local uma terra de passagem e num importante elo de ligação entre o Sul do país e a cidade de Lisboa. Este crescimento ocorreu entre 1580 e 1640, quando as viagens entre Madrid e Lisboa se tornaram mais frequentes, na medida em que para esta deslocação de pessoas e mercadorias, o rio era um obstáculo natural que era necessário ultrapassar, utilizando-se para tal a Moita, através do seu cais fluvial. Desta forma, a Moita foi-se desenvolvendo, tendo sido elevada a vila em 1691 e no séc. XVIII já contava com 225 habitantes (Santos, Matos, Figueiredo, Castel-Branco, Silva e Mendes, 2004).

A vila deu lugar ao concelho e, atualmente, a Moita divide-se em 6 freguesias, nomeadamente Vale da Amoreira, Sarilhos Pequenos, Gaio-Rosário, Moita, Baixa da Banheira e Alhos Vedros (Santos, Matos, Figueiredo, Castel-Branco, Silva e Mendes, 2004). De acordo com os Censos 2011, este concelho contava com 66029 habitantes, com um índice de envelhecimento de 107.7 %, um índice de dependência de idosos de 25.8 % e uma taxa de variação da população com mais de 65 anos entre 2001 e 2011 de 29.8% (INE, 2011).

Para a recolha de dados da presente investigação foi escolhida a Freguesia da Moita por esta ter um elevado índice de envelhecimento (109%) e de dependência de idosos (aproximadamente 28%) (INE, 2011) Esta freguesia tem uma área de 2494 hectares e de acordo com os Censos de 2011 contava com 17653 habitantes (Câmara Municipal da Moita, 2020a). O crescimento da população na freguesia tem-se desenvolvido de forma contínua, embora na última década se tenha revelado uma diminuição nesse crescimento. A maioria da sua população ativa exerce a sua atividade profissional nos concelhos limítrofes da Área Metropolitana de Lisboa, nomeadamente nos setores secundário e terciário, sendo que para isso se deslocam diariamente entre o seu local de trabalho e a sua residência, recorrendo ou aos transportes públicos ou à sua viatura (Câmara Municipal da Moita, 2020b).

A Freguesia da Moita dentro do seu aglomerado urbano dispõe de poucos espaços verdes, no entanto, é possível destacar o Parque Municipal da Moita, o Jardim do Largo Conde Ferreira e ainda alguns largos e pracetas em zonas mais recentes. As habitações são de duas tipologias, nomeadamente a habitação coletiva e a habitação unifamiliar. Os

passeios são, maioritariamente, construídos em calçada de vidro de pedra lioz ou em basalto, criando algumas formas e desenhos nos pavimentos, no entanto alguma desta calçada encontra-se danificada o que constitui uma grande barreira para a população idosa e para além disso existe falta de passeios em determinadas zonas em que são necessários para que a população circule de forma segura. Nesta freguesia é também possível encontrar vários bancos distribuídos ao longo de todo o aglomerado, contudo é possível notar que, principalmente no Parque Municipal da Moita, estes bancos se encontram num estado de degradação e vandalismo. As ruas são iluminadas por candeeiros de diferentes tipologias, sendo que alguns se destinam a iluminar as vias automóveis, enquanto que outros pretendem iluminar os passeios ou os diferentes espaços públicos. Por último, é possível também encontrar ao longo das ruas outros equipamentos urbanos, como papelarias, dissuasores, bebedouros, suportes publicitários e uma instalação sanitária pública, mas que necessita de pagamento para poder ser usada (Gama, 2014).

4.3. Instrumentos

A recolha de dados da presente investigação consistiu na administração de um conjunto de instrumentos sob a forma de entrevista (Anexo 1). O conjunto de instrumentos utilizados divide-se em cinco grupos: do primeiro faz parte o “*Mini-mental State Examination*” (MMSE), com o objetivo de despistar eventuais défices cognitivos; o segundo grupo é constituído pela avaliação da Frequência do Uso do Espaço Público, pelo “Questionário de Barreiras Percebidas” e, ainda, por um conjunto de questões relativas à Perceção da Qualidade do Espaço Público e Perceção da Segurança; do terceiro grupo fazem parte os itens da “Escala de Identidade ao Lugar”, a “Escala de Capacidade Motora Percebida”, a “Escala de Perceção de Auto-Eficácia” e a “Escala de Satisfação com a Vida”; e por fim, o último grupo é composto por questões que têm como objetivo a Caracterização do Inquirido, tanto numa dimensão sociodemográfica, como numa dimensão social.

4.3.1. Primeiro Grupo dos Instrumentos

O MMSE (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia, 1994) utilizado corresponde à adaptação portuguesa do *Mini-Mental State* (MMS; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) e tem como objetivo avaliar o declínio cognitivo em função do nível de escolaridade dos sujeitos, tendo sido utilizado na presente investigação para identificar e excluir os participantes que apresentassem défice cognitivo. Na sua

adaptação para a população portuguesa, foram definidos como pontos de “corte” na deteção do défice cognitivo 15 pontos para os indivíduos analfabetos, 22 para quem obteve entre o 1º e o 11º ano de escolaridade e 27 para quem tem mais que o 11º ano de escolaridade (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia, 1994).

O MMSE avalia de forma global as funções cognitivas, sendo um teste de fácil aplicação e que apenas exige entre 5 a 10 minutos. Este teste é composto por 30 questões, as quais se dividem em 6 domínios cognitivos: Orientação (Temporal e Espacial); Retenção; Atenção e Cálculo; Evocação; Linguagem; e Habilidade Construtiva. Cada questão do teste é pontuada com 0 ou 1 valor, podendo o total variar entre 0 a 30 valores (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009).

4.3.2. Segundo Grupo de Instrumentos

Para avaliar a Frequência do Uso do Espaço Público escolheu-se quatro espaços públicos situados no aglomerado urbano da Freguesia da Moita, sendo esses o Parque Municipal da Moita, a Marginal da Moita, a Praça da República e o Jardim do Largo Conde Ferreira e pediu-se ao participante que indicasse a frequência com que se deslocam aos mesmos.

Neste grupo é também utilizado o “Questionário de Barreiras Percebidas” (Rantakokko, Iwarsson, Kauppinen, Leionen, Heikkinen & Rantanen, 2010) que tem como objetivo avaliar as barreiras ambientais, divididas em três temas, as distâncias, o tráfego e o terreno (Rantakokko et al., 2010). Este questionário tem uma escala de resposta tipo *Likert*, que varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), de acordo com o grau de limitação da capacidade de movimentação independente na rua que essas barreiras impõem. Para a escala de barreiras de distância recorreu-se a dois itens, sendo eles “Falta de lugares de lazer” e “Distâncias muito longas”; para a escala de barreiras de tráfego utilizou-se também dois itens, que são “Tráfego muito ruidoso” e “Cruzamentos muito perigosos”; e, por fim, para a escala de terreno foram também utilizados dois itens, nomeadamente “Terreno muito acidentado” e “Mau estado de conservação dos pavimentos”.

Por fim, neste grupo foram ainda colocadas questões relativamente à avaliação que os participantes atribuem às características dos locais escolhidos. São colocadas duas questões, sendo uma relativa à qualidade do espaço, que varia de 1 (má) a 5 (muito boa), e a outra corresponde à segurança do espaço, variando de 1 (nada seguro) a 5 (muito seguro).

4.3.3. Terceiro Grupo dos Instrumentos

Deste grupo fazem parte quatro escalas que têm como objetivo avaliar a relação do indivíduo com o espaço físico em que habita e desenvolve as suas atividades quotidianas, a capacidade motora do indivíduo, a sua autoeficácia e a sua satisfação com a vida.

Para tal, a primeira escala utilizada foi a “Escala de Vínculo e Identidade ao Lugar”, que corresponde à adaptação de Bernardo (2011) da *Scale for Assessing Neighbourhood Attachment and Identity* de Hernández et al., (2007) e que tem como principal objetivo avaliar a intensidade do vínculo e da identidade de um indivíduo no que concerne ao seu local de residência. Na presente investigação apenas se utilizou 2 itens da “Escala de Vínculo e Identidade ao Lugar” (i.e. “Identifico-me com a Moita”; “Eu sinto que pertenço à Moita”), os quais apresentaram uma boa consistência interna em estudos anteriores (Bernardo & Palma-Oliveira, 2013). A identidade ao lugar explica a relação entre o indivíduo e o lugar onde se encontra, sendo, por isso, um processo dinâmico que se desenvolve num ambiente físico e social, em que surgem sentimentos de pertença e que abrange memórias, ideias, sentimentos, atitudes, valores e significados do contexto em que o indivíduo habita (Proshanky, Fabian & Kaminoff, 1983).

A “Escala de Capacidade Motora Percebida” (Diniz, 2008) tem como objetivo avaliar a capacidade percebida para efetuar tarefas motoras básicas, envolvidas em algumas atividades quotidianas, nomeadamente o equilíbrio, a força e a motricidade, as quais se relacionam com dimensões como caminhar, vestir-se, comer, tomar banho, tratar da higiene pessoal e a transferibilidade (i.e. capacidade do idoso se movimentar da cama para o sofá). Esta escala é composta por seis itens: Mastigar; Equilíbrio; Locomoção; Motricidade Fina; Equilíbrio parado; e Força nas mãos, os quais são respondidos numa escala de tipo *Likert* que varia de 0 (péssima) a 6 (perfeita) (Diniz, 2008; Pimentel e Diniz, 2012). Para a presente investigação foi retirado o item relativo à atividade mastigar, na medida em que não se considerou relevante para o estudo.

A “Escala de Perceção da Autoeficácia” (Bandura, 2006) tem como objetivo avaliar a perceção e a crença do indivíduo relativamente às suas capacidades motoras para realizar as suas atividades básicas do dia-a-dia. A escala contém 8 itens, com uma escala de resposta que varia de 0 (não consigo de todo) a 10 (tenho a certeza que consigo). Quando as respostas se situam no valor 10 ou próximo dele indicam uma forte perceção

de autoeficácia, sendo que quando as respostas se situam no 0 ou próximo dele correspondem uma perceção de autoeficácia fraca (Bandura, 2006).

A “Escala de Satisfação com a Vida” que corresponde à adaptação portuguesa de Simões (1992) da versão original de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) tem como objetivo avaliar a sensação geral de satisfação de um indivíduo com a vida como um todo. Esta escala é composta por 5 itens, com uma escala de resposta tipo *likert* que varia de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente).

4.3.4. Quarto Grupo dos Instrumentos

O quinto grupo destina-se à “Caraterização do Inquirido” tanto numa dimensão sociodemográfica, com questões mais pessoais, como a idade, naturalidade, género, estado civil, há quanto tempo vive no aglomerado em questão, se possui carta de condução e se conduz atualmente e se tem alguma doença crónica diagnosticada pelo médico, bem como numa dimensão social, que corresponde às redes sociais, nomeadamente os vizinhos, os amigos e os familiares.

5. Resultados

Em primeiro lugar procedeu-se à apresentação das estatísticas descritivas para as variáveis consideradas. É possível verificar que apenas 4 variáveis apresentam uma média elevada, sendo essas a “Frequência do uso de espaços verdes” ($M = 2,92$), a “Percepção de Qualidade” ($M = 3,21$), a “Identidade ao Lugar” ($M = 5,41$) e a “Capacidade Motora Percebida” ($M = 5,19$) (Tabela 4).

Tabela 4. Estatísticas descritivas das variáveis

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Frequência de contacto com as redes sociais	1	5	1,66	1,03
Frequência do uso de espaços verdes	1	4	2,92	1,11
Barreira Distância	1	5	2,26	0,8
Barreira Tráfego	1	5	2,71	0,93
Barreira Terreno	1	5	2,43	0,67
Percepção de Qualidade	1	5	3,21	0,9
Percepção de Segurança	1	5	2,95	1,17
Identidade ao lugar	1	7	5,41	1,06
Satisfação com a vida	1	7	4,83	1,12
Capacidade Motora Percebida	1	7	5,19	1,3
Percepção de Autoeficácia	0	10	6,88	2,19

Numa segunda fase, procedeu-se à análise da consistência interna de cada uma das escalas utilizadas, através do cálculo do α de Cronbach, que é dos índices mais utilizados para este tipo de procedimento (Maroco & Garcia- Marques, 2006). Através deste cálculo é possível concluir que as escalas de “Identidade ao lugar”, “Capacidade Motora Percebida”, “Satisfação com a vida” e “Percepção de Autoeficácia” apresentam uma boa consistência interna (i.e. $\alpha > 0,7$) (Nunnally, 1978; *cit in* Maroco & Garcia-Marques, 2006). A escala “Barreiras de Tráfego” apresenta uma consistência interna aceitável (i.e. $\alpha > 0,6$) (DeVellis, 1991). Por outro lado, as escalas “Barreiras de Distância” e “Barreiras de Terreno” revelaram uma fraca consistência interna (Tabela 5), sendo que, por isso, ao invés de as utilizar como escalas recorreu-se aos itens separados.

Tabela 5. Valores da consistência interna das escalas

Escalas	Nº de itens	α de Cronbach
Identidade ao lugar	2	0,81
Capacidade Motora Percebida	5	0,90
Satisfação com a vida	5	0,87
Percepção de Autoeficácia	5	0,88
Barreiras de Distância	2	0,15
Barreiras de Tráfego	2	0,67
Barreiras de Terreno	2	0,35

Por fim, foi avaliado um modelo causal de um conjunto de variáveis sobre a satisfação com a vida em idosos, mediado pela frequência do uso de espaços verdes e a frequência do contacto com as redes sociais. Para realizar o modelo de trajetórias foi usado o software AMOS (v22), em que a significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimativa dos parâmetros pelo método da máxima verossimilhança. O resultado da Análise das Trajetórias (*Path model*) da satisfação com a vida mostrou um modelo ajustado que explica 40% da variância, e adequados índices de ajustamento ($X^2/df = 1.894$, $p = .056$; RMSEA = .067; RMR = .052; AGFI = .899; TLI = 0.904; CFI = 0.983). Através do modelo é possível identificar que à exceção das barreiras de distância e de terreno, todas as outras variáveis revelaram relações estatisticamente significativas. Para além disso, praticamente todas essas relações são positivas, excetuando a barreira de tráfego que tem uma relação negativa com a frequência de contacto com as redes sociais e a tipologia que apresenta relações negativas tanto com a frequência do uso de espaços verdes como com a frequência de contacto com as redes sociais.

Desta forma, é possível destacar que a frequência do uso de espaços verdes é influenciada positivamente pela identidade ao lugar, pela barreira de tráfego, pela percepção de qualidade, pela percepção de segurança, pela capacidade motora percebida e pela percepção de autoeficácia, sendo influenciada negativamente pela tipologia. Por sua vez, a frequência de contacto com as redes sociais é positivamente influenciada pela percepção de segurança e negativamente influenciada pela barreira de tráfego e pela tipologia. Por fim, a satisfação com a vida é positivamente influenciada pela identidade ao lugar, pela capacidade motora percebida, pela percepção de autoeficácia, pela tipologia, pela frequência do uso de espaços verdes e pela frequência de contacto com as redes sociais. Desta forma, as hipóteses 1 e 2 da investigação foram confirmadas (i.e. os idosos

que contactam com maior frequência com as suas redes sociais revelam uma maior satisfação com a vida; os idosos que utilizam com maior frequência os espaços verdes têm uma maior satisfação com a vida), enquanto que as hipóteses 3 e 4 apenas foram parcialmente suportadas (i.e. a frequência do uso de espaços verdes mostrou ser influenciada pela capacidade motora percebida, pela percepção de autoeficácia, pela percepção da qualidade e da segurança do espaço, pela identidade ao lugar, pelas barreiras de tráfego e pela tipologia mas não foi influenciada pelas barreiras de distância e de terreno; a frequência do contacto com as redes sociais apenas é influenciada pela percepção de segurança do espaço, pelas barreiras de tráfego e pela tipologia).

A figura 4 apresenta o modelo com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o R^2 da Satisfação com a vida.

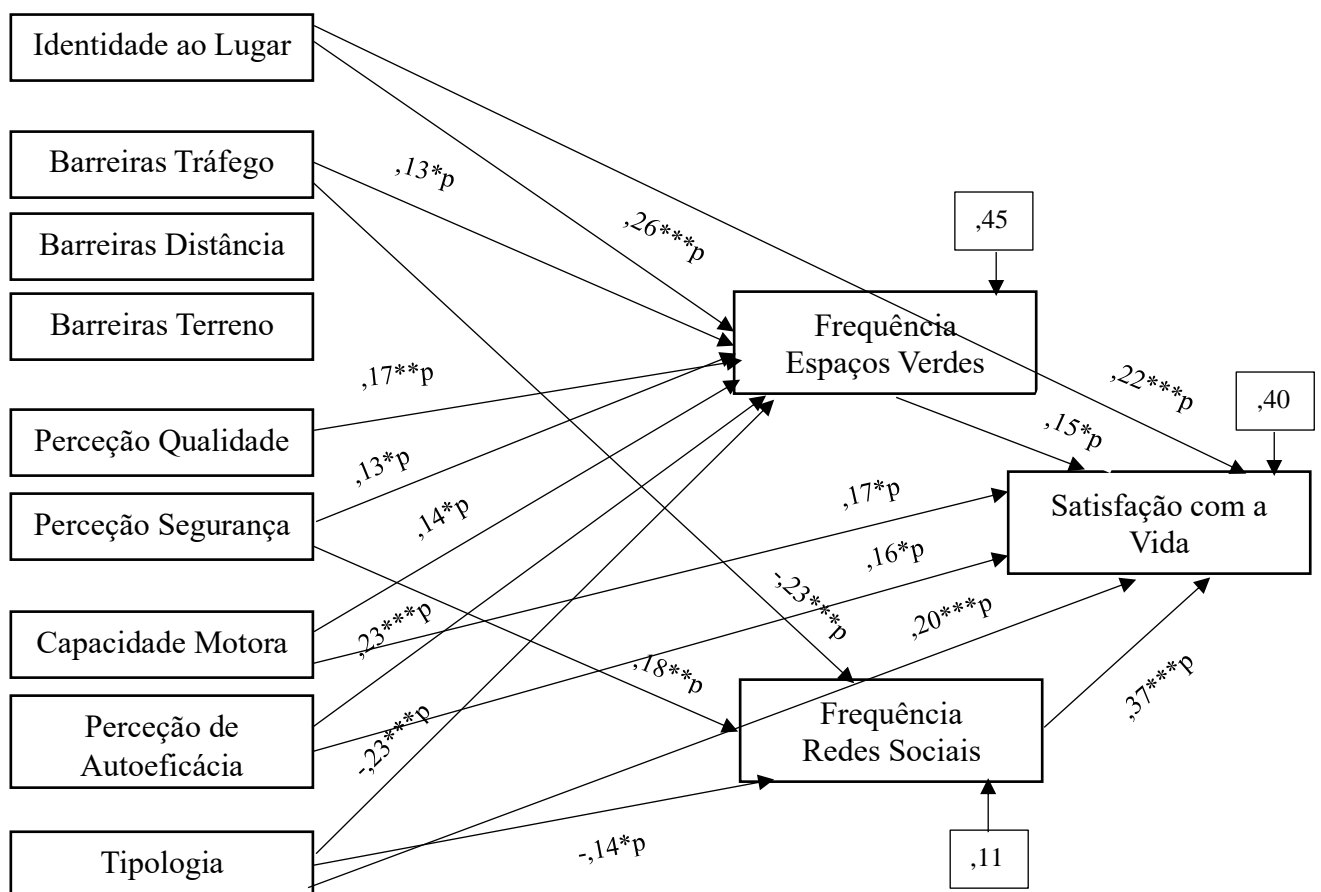


Figura 4. Modelo de mediação da frequência do uso de espaços verdes e da frequência do contacto com as redes sociais na satisfação com a vida.

6. Discussão

Com base na análise estatística realizada verificou-se que as hipóteses H1 e H2 foram totalmente suportadas, enquanto que as hipóteses H3 e H4 apenas foram parcialmente confirmadas.

Relativamente à H1, os resultados revelaram que os idosos que contactam com maior frequência com as suas redes sociais têm uma maior satisfação com a vida, o que vai ao encontro de estudos anteriores (Joia, Ruiz & Donalisio, 2007; Calixto & Martins, 2010; Chong, 2013; Joia & Ruiz, 2013; Wichmann, Couto, Areosa & Montañés, 2013; Puri & Shil, 2018). O contacto frequente com as redes sociais assegura grande parte dos fatores determinantes para a satisfação com a vida nos idosos, nomeadamente a integração na comunidade, a capacidade de manter as relações interpessoais, o sentimento de segurança e a manutenção da saúde ao nível físico, mental e funcional (Eklund, Backstrom, Lissner, Bjorkelund & Sonn, 2010; La Grow, Alpass, Stephens & Towers, 2010; Oswald, Jopp, Rott & Wahl, 2010).

O processo de envelhecimento é marcado por um conjunto de mudanças e acontecimentos que provocam muita ansiedade e stress a quem passa por eles e que, consequentemente, podem ameaçar a satisfação com a vida. O contacto frequente com as redes sociais é uma das formas mais eficientes para conseguir ultrapassar essa ansiedade, sendo por isso fundamental que os idosos procurem reforçar os seus laços sociais, solidificar a sua integração na família e aproximar-se da comunidade através da sua participação nas organizações e instituições locais, bem como nas redes de vizinhança (Araújo & Melo, 2011).

No que diz respeito à H2, através da análise estatística constatou-se que os idosos que utilizam com maior frequência os espaços verdes têm uma maior satisfação com a vida, o que mais uma vez vai ao encontro do que era esperado tendo em conta outras investigações (e.g., Abraham, Sommerhalder & Abel, 2009; Maas, Verheij, de Vries, Spreeuwenberg, Schellevis & Groenewegen, 2009; Van den Berg et al., 2010; Zelenski & Nisbet, 2014; Freeman, Waters, Buttery & Heezik, 2019).

Considerando que o uso frequente de espaços verdes fomenta as oportunidades de atividade física e contribui para a redução do stress, para a evocação de emoções positivas e para uma maior integração e participação social torna-se natural que este tenha também um impacto positivo na satisfação com a vida dos idosos, bem como na sua saúde e bem-

estar (Abraham, Sommerhalder, & Abel, 2010; Thompson, Roe, Aspinall, Mitchell, Clow & Miller, 2012).

A H3 apenas foi parcialmente suportada, na medida em que a frequência do uso de espaços verdes mostrou ser influenciada positivamente pela percepção das capacidades do idoso (i.e. capacidade motora percebida e percepção de autoeficácia), pela percepção das características do espaço (i.e. percepção da qualidade e da segurança do espaço), pela identidade ao lugar e pelas barreiras de tráfego. Quanto às características da habitação (i.e. tipologia) estas influenciam negativamente a frequência do uso de espaços verdes. Contudo, a hipótese não foi totalmente sustentada, na medida em que as barreiras de distância e de terreno não mostraram ter influência na frequência do uso de espaços verdes.

A percepção das capacidades do idoso influencia positivamente a frequência do uso de espaços verdes, ou seja, quanto maior for a capacidade motora percebida e a percepção de autoeficácia do idoso maior será a frequência com que utiliza os espaços verdes, o que vai ao encontro do que era esperado. Se o idoso se sentir capaz fisicamente e tiver confiança de que consegue realizar com sucesso determinada tarefa sentir-se-á também mais seguro para sair da sua habitação e deslocar-se até um espaço verde (Soccodato, 2015; Rabelo & Cardoso, 2007). A capacidade motora ocupa um papel de extrema importância na autonomia e independência do idoso nas suas atividades do dia-a-dia (Liposki, Andreis, Silva & Neto, 2016), por isso, faz sentido que se o idoso tiver uma maior percepção de capacidade motora se sinta também mais confiante para frequentar os espaços verdes, sem sentir medo que as suas competências motoras não sejam suficientes para essa atividade. A percepção de autoeficácia tem um grande impacto no tipo de atividade que a pessoa escolhe desenvolver, no esforço que incide sobre a mesma e nas emoções que experimenta (Tokinan & Bilen, 2011), ou seja, se o idoso tiver uma elevada percepção de autoeficácia existe uma maior probabilidade de escolher ir passear até um espaço verde ao invés de ficar em casa e mesmo que possa sentir algumas dificuldades na deslocação irá esforçar-se ao máximo para conseguir fazer o pretendido. Posto isto, a percepção de autoeficácia é um dos fatores básicos de um envelhecimento ativo, na medida em que é uma fonte de motivação para que os idosos continuem a realizar as suas atividades básicas, o que permite a manutenção da sua funcionalidade, que, devido à idade, se encontra em risco de declínio (Paúl, 2006).

Também a percepção das características do espaço (i.e. percepção de qualidade e de segurança) mostrou ter influência positiva na utilização frequente dos espaços verdes, ou

seja, quanto maior for essa percepção mais os idosos frequentam esses espaços, o que está totalmente em consonância com o que era esperado (Yung, Ho & Chan, 2017; Wiles, Leibing, Guberman, Reeve & Allen, 2012). As características do ambiente tanto podem ser facilitadoras como inibidoras da manutenção das capacidades do idoso, por isso, se os espaços verdes tiverem características que transmitam uma percepção de qualidade e de segurança ao idoso, este irá sentir que as suas capacidades não serão postas em causa e, desta forma, sentir-se-á mais motivado para frequentar esses espaços. Um bom exemplo que justifica este resultado é a “Cidade Amiga do Idoso” (WHO, 2007), que tem como principais bases a acessibilidade e a segurança, sendo que, por isso, o espaço urbano deve beneficiar de calçadas antiderrapantes e niveladas, que estejam num bom estado de conservação, pistas separadas para pedestres, ciclistas e outros veículos não monitorizados; entradas para os prédios sem escadas e iluminação adequada quer nas ruas como nos locais públicos. Para além disso, de forma a garantir a acessibilidade é também fundamental que se encontre um número razoável de bancos e casas de banho públicas ao longo das ruas, garantindo, assim, as necessidades físicas dos idosos (Costa, Plouffe, Voelcker & Kalache, 2016). Estas características de acessibilidade irão fomentar no idoso a percepção de qualidade.

A identidade ao lugar revelou ter também uma influência positiva na frequência do uso de espaços verdes, ou seja, quanto mais o idoso se sentir identificado com o lugar mais irá frequentar esses espaços, o que vai ao encontro de outras investigações (Manzo & Perkins, 2006; Buta, Holanda, & Kaplanidou, 2014; Halpenny, 2010; Ramkissoon, Weiler & Smith, 2012). A identidade ao lugar explica a relação entre um indivíduo e um lugar, através da qual se desenvolvem sentimentos de pertença (Proshansky, Fabian & Kaminoff, 1983). Esta relação pode influenciar as cognições e os comportamentos dos indivíduos (Lewicka, 2011b) e, desta forma, pode se tornar uma fonte de motivação para passar mais tempo ao ar livre (Manzo & Perkins, 2006) e, consequentemente, usar com maior frequência os espaços verdes.

Relativamente às barreiras percecionadas apenas a barreira de tráfego obteve uma relação com a frequência do uso de espaços verdes, ou seja, quanto mais os idosos percecionam barreiras de tráfego mais utilizam os espaços verdes. As barreiras de distância e de terreno não obtiveram uma relação com a frequência do uso de espaços verdes, o que pode significar que neste caso específico em que a investigação se concentrou na freguesia da Moita esta localidade não apresente problemas ao nível dos pavimentos, que dificultem a mobilidade dos idosos, nem distâncias muito longas entre

os diferentes espaços. Por outro lado, se a investigação se tivesse concentrado noutra localidade, com características de terreno de maior risco ou com distâncias mais longas entre os espaços, possivelmente os resultados seriam outros. Perante isto, é possível entender a relação positiva entre as barreiras de tráfego e a frequência do uso de espaços verdes, na medida em que não havendo barreiras de distância nem de terreno os idosos, sentindo a necessidade de sair de casa, optarão por escolher os espaços verdes, onde têm a oportunidade de se afastar das barreiras de tráfego, principalmente do elevado ruído que este provoca. Desta forma, o idoso consegue “fugir” ao stress provocado pelas barreiras de tráfego e usufruir dos benefícios fisiológicos, sensoriais e emocionais de estar em contacto com a natureza (Freeman, Waters, Buttery & Heezik, 2019).

As características da habitação (i.e. tipologia) foi a única variável que obteve uma relação negativa com a frequência do uso de espaços verdes. Tendo em conta que a opção 1 de resposta do questionário correspondia a prédios e a opção 2 a vivendas, este resultado significa que as pessoas que vivem em vivendas frequentam menos os espaços verdes quando comparadas com as pessoas que vivem em prédios. Este resultado pode ser explicado na medida em que as pessoas que vivem em vivendas, regra geral, têm na sua própria habitação, um espaço exterior (e.g., um quintal), o que pode fazer com que essas pessoas sintam menos necessidade de frequentar os espaços verdes, já que na sua própria casa podem desenvolver algumas atividades ao ar livre (e.g. jardinagem) (Van Den Berg, Van Winsum-Westra, De Vries , & Van Dillen, 2010).

Relativamente à H4 esta foi também apenas parcialmente confirmada, na medida em que apenas 3 das variáveis revelaram ter influência na frequência do contacto com as redes sociais, nomeadamente a perceção de segurança do espaço, as barreiras de tráfego e a tipologia. Todas as outras variáveis não se relacionam com a frequência do contacto com as redes sociais, o que pode significar que para os participantes a identidade ao lugar, as barreiras de distância e de terreno, a perceção de qualidade do espaço, a capacidade motora percebida e a perceção de autoeficácia não são determinantes para a frequência com que contactam as suas redes sociais.

Das 3 variáveis que se relacionaram com a frequência do contacto com as redes sociais apenas a perceção de segurança do espaço revelou uma relação positiva, ou seja, quanto maior essa perceção maior é a frequência do contacto. Um idoso que não se sinta seguro para sair à rua estará dependente dos outros para poder ter contacto com as suas redes sociais, na medida em que terão de ser elas a deslocar-se até si, o que pode ter como consequência um menor contacto com essas redes. Se, por outro lado, o ambiente lhe

transmitir conforto e segurança o idoso sentir-se-á mais confiante para sair de casa e ser ele próprio a procurar as suas redes sociais (Navarro et al., 2014). Como já foi referido anteriormente, as características do ambiente tanto podem ser facilitadoras como inibidoras da autonomia do idoso, sendo por isso decisivas quanto à participação dos idosos em atividades fora de casa (Theis, Furner, 2011), as quais aumentam as suas oportunidades de socialização.

As barreiras de tráfego mostraram ter uma influência negativa na frequência do contacto com as redes sociais, ou seja, quanto maior a perceção de barreiras de tráfego menor será a frequência do contacto. Se o idoso percebe uma elevada quantidade de barreiras de tráfego a sua predisposição para sair de casa será, à partida, muito menor, na medida em que estas barreiras tornam o ambiente menos confortável e seguro, o que, possivelmente, resultará numa menor procura por parte do idoso das suas redes sociais, ficando à espera que sejam elas a procurá-lo, o que pode condicionar a frequência do contacto com essas redes.

Por fim, também a tipologia revelou ter uma influência negativa na frequência do contacto com as redes sociais, ou seja, as pessoas que vivem em vivendas têm um menor contacto com as suas redes sociais, comparativamente às pessoas que vivem em prédios. Este resultado pode estar relacionado com a distância entre as pessoas, ou seja, quem vive em prédios está mais próxima dos seus vizinhos, na medida em que vivem todos no mesmo edifício, enquanto que quem vive em vivendas pode ter os vizinhos a uma maior distância, o que resulta num menor contacto com os mesmos. As características das moradias podem também ser a justificação para este resultado, na medida em que as vivendas de maior dimensão e com muros muito altos, em que os moradores não conseguem ver os seus vizinhos dos seus quintais podem conduzir a um maior isolamento da população, uma vez que limita os encontros informais e não planeados com a vizinhança (Speller, Lyons & Ross, 2002).

7. Conclusão

O crescente envelhecimento populacional exige uma nova forma de encarar a população idosa e, conseqüentemente, a criação de novas políticas e programas cujos objetivos se direcionem para o atendimento das necessidades desta população envelhecida (Prado, Besse & Lemos, 2010), com o fim máximo de alcançar o envelhecimento ativo, que tem na sua base o reconhecimento dos direitos e deveres de todos os seres humanos, deixando, desta forma, de “olhar” apenas para os idosos como seres passivos e passando a reconhecer os seus direitos de igualdade de oportunidades e de tratamento de todos os aspetos da sua vida ao longo do envelhecimento (OMS, 2005). Desta forma, para um envelhecimento ativo é necessário fomentar a autonomia, o controlo, a independência, a qualidade de vida e a expectativa de vida saudável nos idosos (OMS, 2005).

De acordo com esta perspetiva, a presente investigação pretendeu focar-se na satisfação com a vida do idoso, a qual tem como bases a integração na comunidade, a capacidade de manter as suas relações interpessoais, o sentimento de segurança, a capacidade de se manter autónomo, a realização pessoal e a possibilidade de manter a sua saúde, a um nível físico, mental e funcional (Eklund, Backstrom, Lissner, Bjorkelund & Sonn, 2010; La Grow, Alpass, Stephens & Towers, 2010; Oswald, Jopp, Rott & Wahl, 2010). Desta forma, é perceptível que tanto as redes sociais do indivíduo como o ambiente físico em que se encontra podem ser facilitadores ou inibidores da capacidade de autonomia do sujeito e assim influenciar a satisfação com a vida dos idosos. De acordo com a OMS, o ambiente físico e social assume um papel determinante para um envelhecimento saudável, independente e autónomo (CE, 2014).

Os resultados encontrados evidenciam que tanto a frequência do uso de espaços verdes como a frequência do contacto com as redes sociais influenciam positivamente a satisfação com a vida nos idosos. Para além disso, a satisfação com a vida é ainda influenciada pela identidade ao lugar, pela perceção de capacidade motora e pela perceção de autoeficácia. Por sua vez, a frequência do uso de espaços verdes é influenciada positivamente pela identidade ao lugar, pela barreira de tráfego, pela perceção de qualidade e de segurança do espaço, pela perceção de capacidade motora e pela perceção de autoeficácia, sendo influenciada negativamente pela tipologia. A frequência de contacto com as redes sociais é apenas positivamente influenciada pela perceção de segurança e negativamente influenciada pela barreira de tráfego e pela tipologia.

Perante estes resultados, e tendo em conta os benefícios fisiológicos, sensoriais e emocionais de estar em contacto com a natureza (Freeman, Waters, Buttery & Heezik, 2019), é possível concluir que é fundamental disseminar os espaços verdes, mesmo que de pequenas dimensões, pela cidade, assegurar que esses espaços são de fácil acesso, de qualidade e segurança, permitindo aos idosos uma maior perceção de autoeficácia e de capacidade motora.

Os resultados mostraram também que a identidade ao lugar tem influência tanto na frequência do uso de espaços verdes, como diretamente na satisfação com a vida, sendo por isso importante que no desenvolvimento de espaços destinados aos idosos se assegure a perceção de segurança (Wiles, Leibing, Guberman, Reeve & Allen, 2012), a capacidade de autonomia (Wanka, 2017), a familiaridade com a comunidade (Kim & Kaplan, 2004; Phillips, Walford & Hockey, 2011) e a congruência com o meio (Dassopoulos & Monnat, 2011; Speller, Lyons & Twigger-Ross, 2002), uma vez que estes são os principais fatores que promovem a identidade ao lugar, e, desta forma, ao fomentar estes fatores estar-se-á a contribuir para uma maior frequência do uso desses espaços, bem como para uma maior satisfação com a vida.

Torna-se, desta forma, imperativo desenvolver ambientes favoráveis à velhice, de forma a remover as barreiras e capacitar os idosos para envelhecer com melhor saúde física e mental, bem como promover a sua inclusão social e participação cívica ativa, na medida em que estilos de vida física e mentalmente mais ativos e lugares seguros e acessíveis promovem uma maior esperança média de vida (CE, 2014).

Importa referir também algumas das limitações identificadas nesta investigação: em primeiro lugar, destaca-se o facto de se estar perante uma amostra de conveniência e pertencente a uma única freguesia, não sendo, por isso, representativa da população, o que dificulta a generalização dos resultados obtidos; em segundo lugar, os resultados obtidos poderão ter sido influenciados pelos valores de consistência interna abaixo do aceitável das escalas “Barreiras de Distância” e “Barreiras de Terreno” do “Questionário de Barreiras Percebidas” (Rantakokko, Iwarsson, Kauppinen, Leionen, Heikkinen & Rantanen, 2010).

Para investigações futuras sugere-se alargar a amostra a outras freguesias e mesmo concelhos, de forma a verificar se os resultados são consonantes com os obtidos na presente investigação, e, deste modo, poder fazer uma maior generalização dos resultados. Para além disso, outra sugestão que também poderia ser interessante era adaptar a investigação à população com idade inferior a 65 anos de idade e comparar os

resultados, de forma a identificar se na população mais jovem a frequência do uso de espaços verdes e do contacto com as redes sociais tem também impacto na satisfação com a vida.

Referências Bibliográficas

- Aartsen, M., & Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31–38. doi:10.1007/s10433-011-0175-7
- Abraham, A., Sommerhalder, K., & Abel, T. (2009). Landscape and well-being: a scoping study on the health-promoting impact of outdoor environments. *International Journal of Public Health*, 55(1), 59–69. doi:10.1007/s00038-009-0069-z
- Andreis, L. M., Guidarini, F. C. D. S., Garcia, C. L. P., Machado, A. F., & Neto, F. R. (2018). Desenvolvimento motor de idosos: estudo comparativo de sexo e faixa etária. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(3), 601-607. doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1599>
- Anjos, E. M. D., Cunha, M. R. da, Ribas, D. I. R., & Gruber, C. R. (2012). Avaliação da performance muscular de idosas não sedentárias antes e após aplicação de um programa de exercícios de equilíbrio. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(3), 459-467.
- Antes, D. L., Rossato, L. C., Souza, A. G. de, Benedetti, T. R. B., Borges, G. F., & Mazo, G. Z. (2012). Índice de aptidão funcional geral e sintomas depressivos em idosos. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho humano*, 14(2), 125-133.
- Araújo, L. & Melo, S. (2011). Relacione-se com os outros. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (Coord), *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 141-167). Lisboa: LIDEL.
- Atlanta Regional Commission (2009) *Lifelong Communities: A Framework for Planning*. Disponível em: <http://www.atlantaregional.com/agingresources/lifelongcommunities/lifelongcommunities>
- Bailey, N., Kearns, A., & Livingston, M. (2012). Place attachment in deprived neighbourhoods: The impacts of population turnover and social mix. *Housing Studies*, 27, 208-231. doi:10.1080/02673037.2012.632620
- Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Freeman, New York, 1997.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (Vol. 5, pp. 307-337). Greenwich, CT: Information Age Publishing.

- Barreto, J. (2017). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15.
- Barton, H., Grant, M., Mitcham, C., & Tsourou, C. (2009). Healthy urban planning in European cities. *Health Promotion International*, 24, 1-19. doi: 10.1093/heapro/dap059
- Beard, J. R., Blaney, S., Cerda, M., Frye, V., Lovasi, G. S., Ompad, D., ... Vlahov, D. (2009). Neighborhood characteristics and disability in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64, 252-257. doi:10.1093/geronb/gbn018
- Beckert, M., Irigaray, T. Q., & Trentini, C. M. (2012) Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estudos Psicologia*, 29(2), 155-162.
- Becofsky, K., Baruth, M., & Wilcox, S. (2013). Psychosocial Mediators of Two Community-Based Physical Activity Programs. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(1), 125–129. doi:10.1007/s12160-013-9578-3
- Bernardo, C. F. M. (2011). *Place Identity or The Place of Identity: Contribution to a theory of social identity of place* (Tese de doutoramento). Retirado de: <http://hdl.handle.net/10174/14056>
- Bernardo, F., & Palma-Oliveira, J. (2013). *Place identity, place attachment and the scale of place: The impact of place salience*. *Psycology*, 4(2), 167–193. doi:10.1080/21711976.2013.10773867
- Bestetti, M. L. T. (2010). Ambiência: espaço construído como fator de envelhecimento saudável. *Anais do PLURIS 2010 – 4º Congresso Luso Brasileiro para o Planeamento Urbano, Regional, Integrado e Sustentável*. Faro (Portugal), 06 a 08 de setembro de 2010.
- Bestetti, M. L. T., Graeff, B., & Domingues M. A. (2012). O impacto da urbanidade no envelhecimento humano: o que podemos aprender com a estratégia Cidade Amiga do Idoso? *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), 117-136.
- Bevan, M., & Croucher, K. (2011). *Lifetime Neighbourhoods*. London: Department for Communities and Local Government. Retirado de: <https://www.york.ac.uk/media/chp/documents/2011/lifetimeneighbourhoods.pdf>

- Borella, E., Meneghetti, C., Ronconi, L., & De Beni, R. (2014). Spatial abilities across the adult life span. *Developmental psychology*, 50(2), 384.
- Bowling, A., & Gabriel, Z. (2007). Lay theories of quality of life in older age. *Ageing and Society*, 27(06), 827–848. doi:10.1017/s0144686x07006423
- Buffel, T., De Donder, L., Phillipson, C., Dury, S., De Witte, N., & Verte, D. (2013). Social participation among older adults living in medium-sized cities in Belgium: The role of neighbourhood perceptions. *Health Promotion International*, 29, 655-668. doi:10.1093/heapro/dat009
- Buffel, T., Phillipson, C., & Scharf, T. (2012). Ageing in urban environments: Developing ‘age-friendly’ cities. *Critical Social Policy*, 32(4), 597-617.
- Buta, N., Holland, S. M., & Kaplanidou, K. (2014). Local communities and protected areas: The mediating role of place attachment for pro-environmental civic engagement. *Journal of Outdoor Recreation and Tourism*, 5(6), 1–10. doi:10.1016/j.jort.2014.01.001
- Calixto, E., & Martins, H. (2010). Os Factores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*.
- Câmara Municipal da Moita (2020a). *Freguesia da Moita*. Disponível em: <https://www.cm-moita.pt/pages/465>
- Câmara Municipal da Moita (2020b). *Caracterização Socioeconómica*. Disponível em: <https://www.cm-moita.pt/pages/848>
- Candeias, E. M. (2014). Fatores destacáveis na satisfação com a vida em idosos portugueses: (Estudo de caso num centro de dia em castelo branco). *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 17-28.
- Cappeliez, P., Sèvre-Rosseau, S., Landreville, P., & Prévile, M. (2004). Physical health, subjective health, and psychological distress in older adults: reciprocal relationships concurrently and over time. *Ageing International*, 29, 247-266. doi: 10.1007/s12126-996-1001-y
- Cardiga, A. A. (2016). *A Satisfação com a Vida, o Bem-estar Psicológico e o Suporte Social entre Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados*. (Dissertação de

Mestrado em Psicologia). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias: Lisboa.

Carmo, C. S. F. (2019). Qualidade de Vida dos idosos em meio urbano: Importância das características do bairro de residência, características sociodemográficas, identidade e vínculo ao lugar (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora, Portugal.

Carmona, M. (2013). The Place-shaping Continuum: A Theory of Urban Design Process. *Journal of Urban Design*, 19(1), 2–36. doi:10.1080/13574809.2013.854695

Carp, F. M. & Carp, A. (1984). A complementary/congruence model of well-being or mental health for community elderly. In I. Altman, M. P. Latwon & J. F. Wohlwill (Eds.), *Elderly people and the environment* (pp. 279-336). New York: Plenum Press. doi:10.1007/978-1-4899-2171-0

CE, Comissão Europeia, (2012). Envelhecimento Ativo. *Resumo de políticas da UNECE sobre o envelhecimento*. (13), 1-15.

CE, Comissão Europeia (2014). *Action Plan on 'Innovation for Age-friendly buildings, cities & environments'*. Bruxelas.

Chang, S.-H., Crogan, N. L., & Wung, S.-F. (2007). The Self-Care Self-Efficacy Enhancement Program for Chinese Nursing Home Elders. *Geriatric Nursing*, 28(1), 31–36

Chong, H. C. (2013). The Effects of Area-Specific Social Network on Life Satisfaction. *The Korean Journal of Health Service Management*, 7(2). doi: <http://dx.doi.org/10.12811/kshsm.2013.7.3.177>

Christensen, K. M., Holt, J. M., & Wilson, J. F. (2010). Effects of perceived neighborhood characteristics and use of community facilities on physical activity of adults with and without disabilities. *Preventing chronic disease*, 7(5), 105-105.

Coelho, R. *Formas e desígnios do espaço público na cidade contemporânea - O projecto do espaço público na construção da cidade: casos portugueses*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Arquitectura da Universidade do Porto, Porto.

Cornwell, B., Laumann, E. O., & Schumm, L. P. (2008). The Social Connectedness of Older Adults: A National Profile. *American Sociological Review*, 73(2), 185–203. doi:10.1177/000312240807300201

- Costa, S., Plouffe, L., Voelcker, I., & Kalache, A. (2016). Habitação e Urbanismo. In A. O. Alcântara, A. A. Camarano & K. C. Giacomini (Eds.), *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões* (pp. 295-322). Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).
- Coyle, C. E., & Dugan, E. (2012). Social Isolation, Loneliness and Health Among Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 24(8), 1346–1363. doi:10.1177/0898264312460275
- Cruz, C., Navarro-Pardo, E., Pocinho, R., Anjos, V. N., & Jacob, L. (2017). A auto-eficácia na adaptação aos desafios do envelhecimento. *Revista Lusófona de Educação*, 38(38).
- Dassopoulos, A., & Monnat, S. M. (2011). Do perceptions of social cohesion, social support, and social control mediate the effects of local community participation on neighborhood satisfaction?. *Environment and Behavior*, 43, 546-565. doi:10.1177/0013916510366821
- Davison, K. K., & Lawson, C. T. (2006). Do attributes in the physical environment influence children's physical activity? A review of the literature. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3, 1-17. doi:10.1186/1479-5868-3-19
- Dawalibi, N. W., Goulart, R. M. M., & Prearo, L. C. (2013). Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. doi: 10.1590/1413-81232014198.21242013
- Department for Communities and Local Government (2008) *Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods: A National Strategy for Housing in an Ageing Society*. Londres: Department of Health, Department for Work and Pensions.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Inglehart, R., & Tay, L. (2013). Theory and validity of life satisfaction scales. *Social Indicators Research*, 112, 497-527. doi: 10.1007/s11205-012-0076-y
- Diniz, A. M. (2008). Questionário de Capacidade Motora Percebida. Lisboa: Autor
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of Social Support in early intervention Programs. 326-349.

- Eklund, M., Bäckström, M., Lissner, L., Björkelund, C., & Sonn, U. (2010). Daily activities mediate the relationship between personality and quality of life in middle-aged women. *Quality of Life Research*, 19(10), 1477–1486. doi:10.1007/s11136-010-9711-8
- Elias, R. G. M., Gonçalves, E. C. A., Moraes, A. G. F., Moreira, C. F., & Fernandes C. M. (2012) Aptidão física funcional de idosos praticantes de hidroginástica. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(1), 79-86.
- Enkvist, Å., Ekström, H., & Elmståhl, S. (2012). What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 140–145. doi:10.1016/j.archger.2011.03.013
- Fernández-Portero, C., Alarcón, D., & Padura, A. B. (2016). Dwelling conditions and life satisfaction of older people through residential satisfaction. *Journal of Environmental Psychology*. doi: 10.1016/j.jenvp.2016.11.003.
- Fiori, K. L., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2007). Social Network Types Among Older Adults: A Multidimensional Approach. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(6), 322-330. doi:10.1093/geronb/62.6.p322
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State Examination: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Fonseca, A. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp. 95-106). Lisboa: LIDEL.
- Freeman, C., Waters, D. L., Buttery Y., & Heezik, Y. (2019). The impacts of ageing on connection to nature: the varied responses of older adults. *Health & place*, 56, 24-33.
- Fung, H. H., Carstensen, L. L., & Lang, F. R. (2001). Age-Related Patterns in Social Networks among European Americans and African Americans: Implications for Socioemotional Selectivity across the Life Span. *The International Journal of Aging and Human Development*, 52(3), 185–206. doi:10.2190/1abl-9be5-m0x2-lr9v

- Gama, M. A. C. O. (2014). *Envelhecimento Activo em Áreas Periurbanas – Aplicação de uma metodologia participativa com vista a maximizar o contributo da Arquitectura Paisagista na melhor adaptação do Espaço Público às Necessidades da População Idosa – Caso de Estudo: Freguesia da Moita*. (Dissertação de Mestrado em Arquitectura Paisagista) Instituto Superior de Agronomia, Universidade de Lisboa.
- Gallahue, D. L., & Ozmun, J. (2005). *Compreendendo o Desenvolvimento Motor: Bebês, crianças, adolescentes e adultos*. (3a ed.). São Paulo, SP: Phorte.
- Giuliani, M. V. (2003). Theory of attachment and place attachment. In M. Bonnes, T. Lee & M. Bonaiuto (Eds.), *Psychological theories for environmental issues* (pp. 137-170). London: Ashgate
- Gonçalves, L. H. T. (2010). O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(9), 1738-1746.
- Gonzaga, J. M., Barros, S. E. B., Lisboa, M. G. C., Barbieri, F. A., & Gobbi, L. T. B. (2011). Efeitos de diferentes tipos de exercício nos parâmetros do andar de idosos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 17(3), 166-170.
- Gouveia, O. M., Matos, A. D., & Schouten, M. J. (2016). Redes sociais e qualidade de vida dos idosos: revisão e análise crítica da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (6), 1030-1040.
- Gozzi, S. D., Bertolini, S. M. M. G., & Lucena, T. F. R. (2016). Impacto das academias da terceira idade: comparação da capacidade motora e cognitiva entre praticantes e não praticantes. *ConScientiae Saúde*, 15(1), 15-23.
- Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, M.A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Halpenny, E. A. (2010). Pro-environmental behaviours and park visitors: The effect of place attachment. *Journal of Environmental Psychology*, 30(4), 409–421. doi:10.1016/j.jenvp.2010.04.006
- Hernández, B., Hidalgo, C. M., Salazar-Laplace, M. E., & Hess, S. (2007). Place attachment and place identity in natives and non-natives. *Journal of Environmental Psychology*, 27, 310-319. doi:10.1016/j.jenvp.2007.06.003

- Hoeymans, N., Feskens, E. J., Kromhout, D., & Van Den Bos, G. A. (1997). Ageing in the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. *Social Science & Medicine*, 45, 1527-1536.
- Hoogendam, Y. Y., Hofman, A., Geest, J. N., Lugt, A., & Ikram, M. A. (2014). Patterns of cognitive function in aging: the Rotterdam Study. *European Journal of Epidemiology*, 29(2), 133–140. doi:10.1007/s10654-014-9885-4
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011*. Disponível em: [https://www.cnm-
moita.pt/cm-moita/uploads/writer_file/document/1211/Popula_oeTerrit_rio.pdf](https://www.cnm-
moita.pt/cm-moita/uploads/writer_file/document/1211/Popula_oeTerrit_rio.pdf)
- Joia, L. C., Ruiz, T. (2013). Satisfação com a Vida na Percepção dos Idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(6), pp.79-102
- Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 131-138.
- Karttunen, K., Karppi, P., Hiltunen, A., Vanhanen, M., Välimäki, T., Martikainen, J., Valtonen, H., Sivenius, J., Soininen, H., Hartikainen, S., Suhonen J., & Pirttilä, T. (2010). Neuropsychiatric symptoms and Quality of Life in patients with very mild and mild Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(5), 473–482. doi:10.1002/gps.2550
- Kemperman, A., & Timmermans, H. (2014). Green spaces in the direct living environment and social contacts of the aging population. *Landscape and Urban Planning*, 129, 44–54. doi:10.1016/j.landurbplan.2014.05.003
- Kim, J., & Kaplan, R. (2004). Physical and psychological factors in sense of community: New urbanist Kentlands and nearby Orchard Village. *Environment and Behavior*, 36, 313-340. doi:10.1177/0013916503260236
- Kirkwood, T. B. L. (2008). A systematic look at an old problem. *Nature*, 451(7179), 644–647. doi:10.1038/451644^a
- La Grow, S., Alpass, F., Stephens, C., & Towers, A. (2010). Factors affecting perceived quality of life of older persons with self-reported visual disability. *Quality of Life Research*, 20(3), 407–413. doi:10.1007/s11136-010-9758-6

- Lewicka, M. (2010). What makes neighborhood different from home and city? Effects of place scale on place attachment. *Journal of Environmental Psychology*, 30, 35-51. doi:10.1016/j.jenvp.2009.05.004
- Lewicka, M. (2011a). On the varieties of people's relationships with places: Hummon's typology revisited. *Environment and Behavior*, 43, 676-709. Doi: 10.1177/0013916510364917
- Lewicka, M. (2011b). Place attachment: How far have we come in the last 40 years? *Journal of Environmental Psychology*, 31(3), 207-230. doi:10.1016/j.jenvp.2010.10.001
- Liposcki, D. B., Andreis, L. M., Silva, S. A., & Neto, F. R. (2016). Aptidão motora de idosos longevos-implicações cognitivas e socioemocionais. *Revista Kairós: Gerontologia*, 19, 227-239.
- Livingston, L., Bailey, N., & Kearns, A. (2010). Neighbourhood attachment in deprived areas: Evidence from the north of England. *Journal of Housing and the Built Environment*, 25, 409-427. doi:10.1007/s10901-010-9196-3
- Li, Y., Hsu, J. A., & Fernie, G. (2012). Aging and the Use of Pedestrian Facilities in Winter—The Need for Improved Design and Better Technology. *Journal of Urban Health*, 90(4), 602-617. doi:10.1007/s11524-012-9779-2
- Maas, J., Verheij, R. A., de Vries, S., Spreeuwenberg, P., Schellevis, F. G., & Groenewegen, P. P. (2009). Morbidity is related to a green living environment. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(12), 967-973. doi:10.1136/jech.2008.079038
- Manzo, L. C., & Perkins, D. D. (2006). Finding Common Ground: The Importance of Place Attachment to Community Participation and Planning. *Journal of Planning Literature*, 20(4), 335-350. doi:10.1177/0885412205286160
- Maroco, J., & Gracia- Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4, 65-90. doi:10.14417/lp.763
- Martin, M., Grunendahl, M., & Martin, P. (2001). Age Differences in Stress, Social Resources, and Well-Being in Middle and Older Age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(4), 214-222. doi:10.1093/geronb/56.4.p214

- Martins, E.C. (2013). *Gerontologia & Gerontagogia e Animação em Idosos*. Lisboa: Cáritas
- McKay, M. T., Dempster, M., & Byrne, D. G. (2014). An examination of the relationship between self-efficacy and stress in adolescents: the role of gender and self-esteem. *Journal of youth studies*, 17(9), 1131-1151.
- Mesquita, J. A. R. D. (2011). *Suporte Social e Redes de Apoio Social em Idosos*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica) ISPA – Instituto Universitário.
- Moos, R. H., & Lemke, S. (1984). Supportive residential settings for older people. In I. Altman, M. P. Latwon & J. F. Wohlwill (Eds.), *Elderly people and the environment* (pp. 159-190). New York: Plenum Press. doi:10.1007/978-1-4899-2171-0
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9, 10-16.
- Navarro, J. H. de N., Andrade, F. P., Paiva, T. S., Silva, D. O., Gessinger, C. F., & Bós, Â. J. G. (2015). Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 461-470.
- Neto, F. R. (2009). Avaliação motora para a terceira idade. Porto Alegre: Artmed.
- Neto, F. R. (2015). Manual de avaliação motora: intervenção na educação infantil, ensino fundamental e educação especial. Florianópolis: DIOESC
- OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (1998), *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. França: OECD. Disponível em: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/economics/maintainingprosperity-in-an-ageing-society_9789264163133-en#page8.
- OCDE, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2017). *Relatórios Económicos da OCDE Portugal*. Disponível em: <http://www.oecd.org/economy/surveys/Portugal-2017-OECD-economic-survey-overview-portuguese.pdf>
- OMS, Organização Mundial de Saúde, (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde.

- OMS, Organização Mundial de Saúde, (2015). *Resumo – Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*.
- Palmer, N., & Xu, Q. (2013). Social capital, migration and health in the urban Chinese context. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 39, 31-50. Doi: 10.1080/1369183X.2013.723245
- Paúl, M. C. (1991). *Percursos pela Velhice: Uma perspectiva ecológica em Psicogerontologia* (Tese de Doutoramento) Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento Activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Paúl, C. (2006). Psicologia do Envelhecimento. Em L. C. H. Firmino, *Psicogeriatrics* (pp. 43-68). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). *Active Ageing: An Empirical Approach to the WHO Model*. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1–10. doi:10.1155/2012/382972
- Phillips, J., Walford, N., & Hockey, A. (2011). How do unfamiliar environments convey meaning to older people? Urban dimensions of placelessness and attachment. *International Journal of Ageing and Later Life*, 6, 73-102. doi:10.3384/ijal.1652-8670.116273
- Phillipson, C., Bernard, M., Phillips, J., & Ogg, J. (2000). *The Family and Community Life of Older People*. Londres: Routledge.
- Pimentel, F., & Diniz, A. M. (2012). Perceived motor ability and selection, optimization, and compensation: Effects of age and institutionalization. *Psico-USF*, 17, 357-368.
- Pinquant, M., & Sörensen, S. (2000). *Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis*. *Psychology and Aging*, 15(2), 187–224. doi:10.1037/0882-7974.15.2.187
- Pinquant, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16, 414-426. doi:10.1037//0882-7974.16.3.41

- Pinto, J. M., & Neri, A. L. (2013). Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12), 3449-3460.
- Prado, A. R. de A., Besse, M., & Lemos, N. D. (2010). Moradia para o idoso: uma política ainda não garantida. *Caderno Temático Kairós Gerontologia* 8 (13), 5-17. Disponível em: https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/51175/1/2015_CIHEL_A%20EXPERI%C3%8ANCIA%20DA%20QUINTA%20DA%20MALAGUEIRA%20%281977%29.ENSINAMENTOS%20E%20CAUTELAS%20NA%20CONCRETIZA%C3%87%C3%83O%20DA%20HABITA%C3%87%C3%83O%20DE%20CUSTOS-CONTROLADOS%2C%20PARA%20UMA%20ARQUITECTURA%20AVISADA..pdf
- Proshansky, H. M., Fabian, A. K., & Kaminoff, R. (1983). Place-identity: Physical world socialization of the self. *Journal of Environmental Psychology*, 3, 57-83. doi:10.1016/s0272-4944(83)80021-8
- Puri P., & Shil, A. (2018). Social Network and Life Satisfaction Amongst Elderly in India. In *Alliance of Research Universities (IARU) Ageing, Longevity, and health science and Graduate student conference, October, 2018*. Singapura: Duke-NUS Medical School.
- Rabelo, D. F., & Cardoso, C. M. (2007). Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Psico-USF*, 12(1), 75-81.
- Ramkissoon, H., Smith, L. D. G. & Weiler, B. (2013). Testing the dimensionality of place attachment and its relation with place satisfaction and pro-environmental behaviours: A structural ecological approach. *Tourism Management*, 36, 552-566. doi: 10.1016/j.tourman.2012.09.003
- Rantakokko, M., Iwarsson, S., Kauppinen, M., Leinonen, R., Heikkinen, E., & Rantanen, T. (2010). Quality of Life and Barriers in the Urban Outdoor Environment in Old Age. *The American Geriatrics Society*, 58(11), 2154–2159.
- Rantakokko, M., Iwarsson, S., Manty, M., Leinonen, R., & Rantanen, T. (2011). Perceived barriers in the outdoor environment and development of walking difficulties in older people. *Age and Ageing*, 41(1), 118–121. doi:10.1093/ageing/afr136

- Rantanen, T., Portegijs, E., Viljanen, A., Eronen, J., Saajanaho, M., Tsai, L.-T., et al. (2012). Individual and environmental factors underlying life space of older people – study protocol and design of a cohort study on life-space mobility in old age (LISPE). *BMC Public Health*, 12(1), doi: <http://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1018>.
- Ramkissoon, H., Weiler, B., & Smith, L. D. G. (2012). Place attachment and pro-environmental behaviour in national parks: the development of a conceptual framework. *Journal of Sustainable Tourism*, 20(2), 257–276. doi:10.1080/09669582.2011.602194
- Rathi, Y., Pasternak, O., Savadjiev, P., Michailovich, O., Bouix, S., Kubicki, M., Westin C. F., Makris, N., & Shenton M. E. (2013). Gray matter alterations in early aging: A diffusion magnetic resonance imaging study. *Human Brain Mapping*, 35(8), 3841–3856. doi:10.1002/hbm.22441
- Reis, C. M. O. (2014). *A Reforma e a Satisfação com a Vida*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social). Instituto Superior Bissaya Barreto: Coimbra.
- RIMAS, Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde. (2016). *WHOQOL-Bref*. Disponível em: <http://rimas.uc.pt/instrumentos/100/>
- Santos, M. C., Matos, C., Figueiredo, J. M., Castel-Branco, M. J., Silva, P. C., & Mendes, V. P. (2004). *Retrato em Movimento: Concelho da Moita*. Moita: Câmara Municipal da Moita.
- Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M., & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de Vida do Idoso na Comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(6), 757-764.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 44, 127–139.
- Sebastjan, A., Siwek, K., Kozieł, S., Ignasiak, Z., & Skrzek, A. (2014). Age and sex variation in the results of the 2hand test in an adult population. *Human Movement*, 15(1). doi:10.2478/humo-2013-0048
- Sequeira, A., & Silva, M.N. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3 (XX), 505-516.

- Sillén, U., Nilsson, J., Mansson, N., & Nillson, P. (2005). Self-rated health in relation to age and gender: influence on mortality risk in the Malmö preventive project. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 183-189. doi: 10.1080/14034940410019235
- Silva, I. & Gunther, I. (2000). Papéis Sociais e Envelhecimento em uma Perspectiva de Curso de Vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (1), 031-040.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3.
- Singh, B., & Udainiya, R. (2009). Self-efficacy and well-being of adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied psychology*, 35(2), 227-232.
- Speller, G. M., Lyons, E., & Twigger-Ross, C. (2002). A community in transition: The relationship between spatial change and identity processes. *Social Psychological Review*, 4, 39-58
- Soccodato, J. (2015). *As Contribuições e os Benefícios das Atividades de Estimulação Cognitiva e Motora (ECM) em Idosos*. (Monografia de Pós-Graduação). Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro.
- Speller, G., Lyons, E., & Ross, C. T. (2002). A Community in transition: the relationship between spatial change and identity process. *Social Psychological Review*, 4(2), 39-58.
- Sposito, G., D'Elboux, M. J., Neri, A. L., & Guariento M. E (2013). A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18(12), 3475-3482.
- Steves, C. J., Spector, T. D., & Jackson, S. H. D. (2012). Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age and Ageing*, 41(5), 581–586. doi:10.1093/ageing/afs097
- Theis, K. A., & Furner, S. E. (2011). Shut-In? Impact of Chronic Conditions on Community Participation Restriction among Older Adults. *Journal of Aging Research*, 1–10. doi:10.4061/2011/759158
- Thompson, C. W., Roe, J., Aspinall, P., Mitchell, R., Clow, A., & Miller, D. (2012). More green space is linked to less stress in deprived communities: Evidence from salivary cortisol patterns. *Landscape and Urban Planning*, 105(3), 221–229. doi:10.1016/j.landurbplan.2011.12.015

- Tokinan, B. Ö., & Bilen, S. (2011). The effects of creative dancing activities on motivation, self - esteem, self - efficacy and dancing performance. *Hacettepe University Journal of Education*, 40, 363 - 374.
- Tripathi, M., & Asthana, H. (2015). Loneliness, self efficacy and mental health among elderly. *International Journal of Psychosocial Research*, 4(1), 101-104.
- Twigger-Ross, C. L., & Uzzell, D. L. (1996). Place and identity processes. *Journal of Environmental Psychology*, 16, 205-220. doi:10.1006/jevp.1996.0017
- Ueno, D. T., Gobbi, S., Teixeira, C. V. L., Sebastião, É., Prado, A. K. G., Costa, J. L. R., & Gobbi, L. T. B. (2012). Efeitos de três modalidades de atividade física na capacidade funcional de idosos. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 273-281.
- Van den Berg, A. E., Maas, J., Verheij, R. A., & Groenewegen, P. P. (2010). Green space as a buffer between stressful life events and health. *Social Science & Medicine*, 70(8), 1203–1210. doi:10.1016/j.socscimed.2010.01.002
- Van Den Berg, A. E., Van Winsum-Westra, M., De Vries, S., & Van Dillen, S. M. (2010). Allotment gardening and health: a comparative survey among allotment gardeners and their neighbors without an allotment. *Environmental Health*, 1-12.
- Wahl, H. W., & Oswald, F. (2010). Environmental perspectives on aging. In D. Dannefer, & C. Phillipson (Eds.). *The SAGE handbook of social gerontology* (pp. 111–124). London, UK: uni-frankfurt.de.
- Walker, K. N., MacBride, A., & Vachon, M. L. S. (1977). Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science & Medicine*, 11(1), 35–41. doi:10.1016/0037-7856(77)90143-3
- Wanka, A. (2017). Disengagement as withdrawal from public space: Rethinking the relation between place attachment, place appropriation, and identity-building among older adults. *The Gerontologist*, 58, 130-139. doi:10.1093/geront/gnx081
- Wichmann, F. M. A., Couto, A. N., Areosa, S. V. C., & Montañés, M. C. M. (2013). Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(4), 821-832.

- Wiggins, R. D., Higgs, P. F. D., Hyde, M., & Blane, D. B. (2004). Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure. *Ageing Society*, 24(5), 693-708.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. (2012). The meaning of aging in place to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357-366
- WHO, World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: WHO. Retirado de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/67215>
- WHO, World Health Organization. (2007). *Global Age friendly Cities: A Guide*. França: WHO.
- WHO, World Health Organization (2015). *World Report on Ageing and Health*. Luxemburgo: WHO.
- Yung, H. K. E., Ho, K. O. W., & Chan, H. W. E. (2017). Elderly satisfaction with planning and design of public parks in high density old districts: An ordered logit model. *Landscape and Urban Planning*, 165, 39-53.
- Zelenski, J. M., & Nisbet, E. K. (2012). Happiness and Feeling Connected: The Distinct Role of Nature Relatedness. *Environment and Behavior*, 46(1), 3–23. doi:10.1177/0013916512451901

ANEXOS

Anexo 1.

1. Mini- Mental State Examination (MMSE)

Idade: _____Anos

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta).

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (1 ponto por cada palavra corretamente repetida).

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes corretas. Parar ao fim de 5 respostas).

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta).

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pera _____ Gato _____ Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta).

a. “Como se chama isto?”

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

Nota: ____

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: ____

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível. “ FECHÉ OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Nota: ____

e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação

Nota: ____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta).

Deve copiar o desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com os 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Desenho



Cópia:

Nota: ____

(Máximo 30 pontos) Total: _____

2. Espaço Público

2.1 Espaços Selecionados

1. Parque Municipal da Moita
2. Marginal da Moita
3. Praça da República
4. Jardim do Largo Conde Ferreira

2.1.1 Frequência:

☐ Nunca ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ 2 a 3 vezes por semana ☐ Todos os dias

2.2 Questionários de Barreiras Percebidas

2.2.1 Barreiras que limitam a capacidade para movimentação independentemente na rua

	Discordo totalmente						Concordo totalmente
2.2.1.2 Falta de lugares de lazer		1	2	3	4	5	
2.2.1.3 Distâncias muito longas		1	2	3	4	5	
2.2.1.4 Tráfego muito ruidoso		1	2	3	4	5	
2.2.1.5 Cruzamentos muito perigosos		1	2	3	4	5	
2.2.1.6 Terreno muito acidentado		1	2	3	4	5	
2.2.1.7 Mau estado de conservação dos pavimentos		1	2	3	4	5	

2.3 Perceção das Características do Espaço

	Má						Muito boa
2.3.1 Qualidade		1	2	3	4	5	
	Nada Seguro						Muito Seguro
2.3.2 Segurança		1	2	3	4	5	

3. Questionários/Escalas

3.1 Identidade ao Lugar

Eu...

	Nada							Muitíssimo
3.1.1 Identifico-me com a Moita		1	2	3	4	5	6	7

3.1.2 Sinto que pertenço à Moita

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3.2 Capacidade Motora Percebida

Pensando no seu dia-a-dia, como acha que tem estado o seu/a sua...

Péssima
(muitíssimo má)

Perfeita
(muitíssimo boa)

3.2.1 Equilíbrio quando está parado

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3.2.2 Equilíbrio quando se baixa para apanhar coisas do chão

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3.2.3 Locomoção (caminhar, subir/descer degraus)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3.2.4 Força de mãos (agarrar coisas, deixar cair coisas, cozinhar, lavar a loiça)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3.2.5 Motricidade fina (escrever, coser, apertar/desapertar botões, tremor nas mãos)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3.3 Perceção de Autoeficácia

Em que medida acha que é capaz de realizar as seguintes tarefas

Não consigo
de todo

Tenho a certeza
que consigo

3.3.1 Andar sozinho/a no meu bairro

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.3.2 Andar sozinho/a na Moita

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.3.3 Andar de transportes públicos na Moita

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.3.4 Ir de transportes públicos até a um local fora da Moita, mas que fique nos seus arredores

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.3.5 Ir de transportes públicos até Lisboa

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.3.6 Andar de carro na Moita

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.3.7 Ir de carro até um local fora da Moita, mas que fique nos seus arredores

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.3.8 Ir de carro até Lisboa

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.4 Satisfação com a vida

Quanto às afirmações...

Discordo
totalmente

Concordo
totalmente

3.4.1 A minha vida parece-se, em quase tudo,
com o que eu desejaria que fosse

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3.4.2 As minhas condições de vida são muito
boas

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3.4.3 Estou satisfeito(a) com a minha vida

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3.4.4 Até agora tenho conseguido as coisas
importantes da vida que eu desejaria

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3.4.5 Se eu pudesse recomeçar a minha vida
não mudaria quase nada

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. Caraterização do Inquirido

4.1 Dimensão Sociodemográfica

4.1.1 Idade _____

4.1.2 Naturalidade _____

4.1.3 Género ☐ Feminino ☐ Masculino

4.1.4 Estado Civil ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo

4.1.5 Agregado Familiar ☐ Sozinho ☐ Acompanhado Com quem? _____

4.1.6 Nível de Escolaridade ☐ Primário ☐ Básico ☐ Secundário
☐ Superior ☐ Nenhum

4.1.7 Condição de Emprego ☐ Empregado ☐ Desempregado ☐ Reformado

4.1.8 Profissão _____

4.1.9 Há quanto tempo vive neste aglomerado? _____

4.1.10 Regime de Habitação ☐ Própria ☐ Arrendada

4.1.11 Tipologia da Habitação ☐ Prédio ☐ Vivenda

4.1.12 Carta de Condução ☐ Sim ☐ Não

4.1.13 Conduz atualmente ☐ Sim ☐ Não

4.1.14 Doença diagnosticada pelo médico que já dura há mais de 3 meses (doença crónica) _____

4.1. Dimensão Social

4.2.1 Frequência com fala/vê os seus vizinhos/amigos que moram neste aglomerado

☐ Todos os dias ☐ 2 ou 3 vezes por semana ☐ 1 vez por semana ☐ Nunca

4.2.2 Como encontra os seus vizinhos/amigos que moram neste aglomerado

☐ Vai a casa ☐ Casualmente na rua ☐ Telefona

4.2.3 Frequência com que fala com familiares que não vivem consigo

☐ Todos os dias ☐ 2 ou 3 vezes por semana ☐ 1 vez por semana ☐ Nunca

4.2.4 A quem recorre primeiro...

4.2.4.1 Se surgir um problema urgente de saúde (queda, p.e.)

☐ Amigo/vizinho ☐ Familiar ☐ Amigo que não mora na zona

4.2.4.2 Se precisar de conversar/desabafar

☐ Amigo/vizinho ☐ Familiar ☐ Amigo que não mora na zona

4.2.4.3 Se precisar de um bem (alimento, medicamento)

☐ Amigo/vizinho ☐ Familiar ☐ Amigo que não mora na zona

4.2.4.4 Se precisar de uma informação

☐ Amigo/vizinho ☐ Familiar ☐ Amigo que não mora na zona